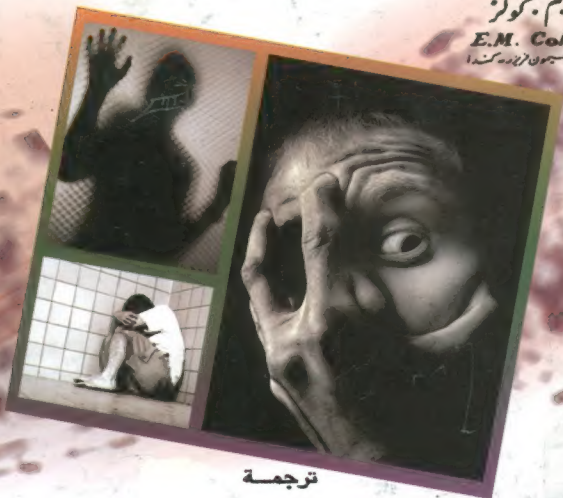


# المدخل إلى عالم النفس المرضي لـ إدموند كلينيكي

تأليف  
إ.م. كولنز  
E.M. Colson  
جامعة سيمون ديفيز



ترجمة

د. حسين علي حسن

كلية الآداب - جامعة المنيا

د. ماهر محمد قمار

كلية الآداب - جامعة القاهرة

د. عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي

كلية التربية - جامعة أسيوط

مراجعة

د. محمد عبد الحفيظ

كلية الآداب - جامعة أسيوط















# المدخل إلى علم النفس المرضي للكينيدي

مؤلف  
إ. إم. كولينز  
*E.M. Coles*  
جامعة سيمون ديزر - كندا

ترجمة

عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي      ماجد فاهم قواد      حسن علي حسن  
كلية التربية - جامعة الملك سعود      كلية الآداب - جامعة القاهرة      كلية الآداب - جامعة المنيا

مراجعة  
أحمد محمد عبد الفتاح  
كلية الآداب - جامعة الإسكندرية

٢٠١١





### حقوق الطبع والنشر محفوظة

لا يجوز طبع أو استنساخ أو تصوير أو تسجيل أي جزء من هذا الكتاب  
بأي وسيلة كانت إلا بعد الحصول على الموافقة الكتابية من الناشر



الإدارة : ٤٠ شارع سوثير - الأناضول - الإسكندرية

ت : ٤٨٧٠١٦٣

الفرع : ٣٨٧ شارع قتال السويس - الشاطبي - الإسكندرية

ت : ٨٩٢٣١٤٦

هذه هي الترجمة العربية الكاملة لكتاب

**CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY**

**AN INTRODUCTION**

**By**

**E. M. Coleen**

**Routledge & Kegan Paul**

**LONDON**

**1982**

# أهـاء

ينبغي لأولئك الذين يتوقون الى النجاح أن يتوجهوا بالأسئلة  
التمهيدية الصائبة .

كتاب الميتافيزيقا ، لأرسطو 1 ; (III) II

أهدى هذا الكتاب الى تلك الوصفة الخاصة بطهى لحم النمر ،  
والتي تستهل كما يلى : « ابدأ أولا باصطياد النمر ... » . كما أهديه  
الى الأستاذ Joad الذى اكتسب شهرة فائقة باستهلاله الاجابة عن  
كل سؤال وجه اليه بقوله : « ان الاجابة عن ذلك تعتمد على ما تعنيه  
بقولك ... » اذ لم يوجد حل أبدا لمشكلة لم يتم تعريف مفهومها او  
تحديد مضمونها .

## محتويات الكتاب

### الصفحة

١٧	مقدمة الترجمة العربية .....
٢١	تقديم الطبعة الانجليزية .....
٢٥	شكر وتقدير .....
٢٩	القسم الأول : التصنيف والتشخيص .....
٣١	مقدمة .....
٣٣	الفصل الأول : مفاهيم اللاسوية والمرض العقلي .....
٣٣	المفاهيم الأساسية للاسوية أو الشذوذ .....
٣٤	الأعراض الموضوعية : المفهوم البيولوجي للاسوية .....
٣٥	السواء بالمفهوم الاحصائي .....
٣٧	سوء التوافق الاجتماعي : المفهوم الثقافي الاجتماعي .....
٤٤	التماسة الذاتية : المفهوم النفسى .....
٤٦	التعريفات الادارية والبحثية .....
٤٨	المفاهيم المتعددة الأبعاد .....
٥٢	المرض العقلي واللاعقلانية .....
٥٤	قياس الصحة النفسية والمرض العقلي .....
٥٥	القياس الاسمي .....
٥٥	القياس الترتيبي .....
٥٧	قياس الفئات .....
٥٧	قياس النسبة .....
٥٩	مشكلات مفاهيمية .....
٦٠	ملخص واستنتاجات .....
٦٣	الفصل الثاني : التصنيف التشخيصي .....
٦٤	التصنيف التشخيصي .....

## الصفحة

٦٧	ثوماس ساس
٧١	المصطلحات والرموز التشخيصية
٧٧	التصنيف الدولي للأمراض
٧٨	تصنيف رابطة الطب النفسي الأمريكية
٨٤	الطب النفسي في كندا
٨٥	الجمعية الطبية النفسية البريطانية
٨٥	الفئات التشخيصية الرئيسية
٨٥	التأخر العقلي
٨٨	الزملات العضوية المخية
٨٩	الذهان
٨٩	القصاص
٩٤	المصاب
٩٥	الهستيريا
٩٦	الاضطرابات النفسية الجسمية
٩٨	الاضطرابات الشخصية
٩٩	الاضطرابات الجنسية
١٠٠	موجز واستنتاجات
١٠٣	الفصل الثالث : الإجراءات التشخيصية في الطب النفسي
١٠٤	الاحداث التشخيصية البيولوجية
١٠٤	الفحص الطبى الميارى
١٠٥	الفحص النيورولوجى ( العصبى )
١٠٦	المقابلة الشخصية الطبية النفسية
١٠٧	عمليات المقابلة
١١٣	الاربع الشخصى : فحص الحالة العقلية بشكل غير مباشر
١١٤	فحص الحالة العقلية



## المصنعة

تنظيم اجراء المقابلة وجدولتها	١١٥
التقييم والتقدير السيكولوجي	١١٥
اجراءات التقييم والتقدير	١١٧
الطرق القياسية النفسية	١١٩
التيبسات	١٢٤
العوامل المحددة لانخفاض ثببات التشخيصات الطبية	
النفسية	١٢٧
الخلاصة	١٢٩
المصدق	١٣١
مدق التكوين أو المدق التقاربى	١٣٧
مدق المحتوى أو المدق الظاهرى	١٣٨
المدق المرتبط بمحك أو المدق التنبؤى والتلازمى	١٣٨
التنبؤ الاكينيكي مقابل التنبؤ الاحصائى	١٣٩
خلاصة واستنتاجات	١٤٢
القسم الثانى ، مبحث الاعراض	١٤٥
مقدمة	١٤٧
الفصل الرابع : اضطرابات العمليات المعرفية	١٥١
اضطرابات الادراك	١٥٣
اضطرابات الادراك الحقيقى : ١ - غير المرضية	١٥٤
اضطرابات الادراك الحقيقى : ٢ - الهلوس	١٥٦
اضطرابات الحساسية الادراكية	١٦٢
اضطرابات التفكير	١٦٨
اضطرابات محتوى التفكير	١٦٩
اضطرابات مجرى التفكير	١٧١

## الصفحة

١٧٣	اضطرابات شكل التفكير
١٧٧	اضطرابات حيازة التفكير
١٧٧	اضطرابات الذاكرة
١٧٩	اضطرابات الادراك والفهم
١٨٠	اضطرابات التعلم والاحتفاظ
١٨٤	اضطرابات التعرف والاستدعاء
١٨٧	ملخص وخاتمة
١٨٩	<b>الفصل الخامس : الاضطرابات الانفعالية</b>
١٩٠	الانفعال بوصفه خبرة ذاتية
١٩٣	الأساس البيولوجي للوجدان
١٩٦	الوجدان والمعرفة
١٩٦	المظاهر السلوكية للوجدان
٢٠٠	تكامّل الاستجابة الوجدانية
٢٠١	ضبط الانفعال والتحكم فيه
٢٠٢	اضطرابات الوجدان
٢٠٣	العتبية
٢٠٥	الدوام
٢٠٨	الشدة
٢٠٩	التلاؤم
٢٠٩	انفعالات ذات أهمية في الطب النفسي
٢١٠	الدونية وعدم الأمان وعدم التلاؤم والعينة
٢١٤	القلق
٢١٧	الاكتئاب
٢٢٢	العداوة والغضب والكراهية

## الصفحة

٢٢٤	خلاصة واستنتاجات
٢٢٧	الفصل السادس : اضطرابات النزوع والشخصية والخلق
٢٢٨	الارادة وقوة الارادة
٢٢٩	الدافعية
٢٣٢	الانتباه و ارادة القوة
٢٣٤	التركيز
٢٣٤	اضطرابات النزوع (الارادة) كأعراض للمرض العقلي
٢٣٥	الافتقار الى الدافعية/ ارادة القوة
٢٣٨	فقدان التحكم الارادى
٢٤٨	اضطرابات الشخصية
٢٥٠	الشخصية السوية في مقابل الشخصية غير السوية
٢٥١	اضطرابات الشخصية في مقابل المرض العقلي
٢٥٢	أنواع اضطرابات الشخصية
٢٥٥	اضطرابات الخلق
٢٥٧	الشخصية المعادية للمجتمع
٢٦٠	الانحرافات الجنسية
٢٦٧	خلاصة واستنتاجات
٢٦٩	القسم الثالث : العوامل المحددة للسلوك الشاذ
٢٧١	مقدمة
٢٧٢	مفهوم السبب
٢٧٣	المحتومة أو تعذر الاجتناب
٢٧٣	الاستدلال أحادى المتغير
٢٧٥	النسبية
٢٧٧	استنتاجات

## الصفحة

٢٧٧	تصنيف العوامل المحددة ونظرياتها
٢٨١	الفصل السابع : العوامل البيولوجية المحددة للمرض العقلي
٢٨٣	النظريات البيولوجية لأسباب الأمراض
٢٨٥	نظريات التشكل البنيوي
٢٨٦	أرفست كرتشمار
٢٩٠	ويليام شيلدون
٢٩٥	الاصابة المخية
٢٩٥	مفهوم الاصابة المخية
٢٩٩	أبعاد الاصابة المخية
٣١٥	الكيمياء الحيوية
٣١٥	الوظائف الحسية
٣١١	نظريات التغذية
٣١٦	اضطرابات الأيض
٣١٨	الدولامين والاندورفين
٣١٩	التركيب الوراثي
٣٢٠	المفاهيم الأساسية
٣٢١	نظريات التركيب الوراثي
٣٢٦	مظاهر الشذوذ المعقدة وراثيا
٣٢٧	الطفرات : الصبغيات الأوتوزومية
٣٢٩	الطفرات : الصبغيات الجنسية
٣٣١	سيطرة السمّة
٣٣٣	خلاصة واستنتاجات
٣٣٥	الفصل الثامن : المحددات البيئية للسلوك المرضي : أ - عند النضج
٣٣٨	الانحساب

## المصطلحات

٣٣٨	هانز سيلى
٣٤٢	الانعصاب النفسى فى مقابل الانعصاب الفيزيولوجى
٣٤٢	الانعصاب مقابل القلق
٣٤٢	الأزمة
٣٤٣	قياس الانعصاب
٣٤٦	المصاب التجريبي
٣٤٧	الاحباط
٣٤٩	الصراع
٣٥٢	أنماط الاستجابة للمواقف الاحباطية
٣٥٨	الضغوط
٣٥٩	نقد المصاب التجريبي
٣٦٤	المحددات الجيوميزيائية (الجغرافية الطبيعية) للسلوك المرضى
٣٦٤	القمر
٣٦٦	البيئة الجغرافية المناخية
٣٦٧	درجة الحرارة والمناخ
٣٦٨	المحددات الثقافية الاجتماعية للسلوك المرضى
٣٧٠	التحضر
٣٧٢	الكثافة السكانية
٣٧٥	العزلة الاجتماعية
٣٧٨	اضطراب المعايير (اللامعيارية)
٣٧٨	المكانة والحيز الشخصى
٣٧٩	الطبقة الاجتماعية
٣٨٢	الفقر
٣٨٢	البطالة

## الصفحة

٣٨٢	الحراك الاجتماعي
٣٨٣	العرقية
٣٨٣	التحيز الجنسي
٣٨٤	عصاب المؤسسة
٣٨٥	خلاصة واستنتاجات
	<b>الفصل التاسع : المحددات البيئية للسلوك المرضي: ب - أثناء</b>
٣٨٧	النمو
٣٨٨	نظريات الشخصية
٣٨٨	سيجموند فرويد
٣٩٣	كارلين هورني
٣٩٤	ايريك اريكسون
٣٩٦	التكوينات والعمليات المتعلقة بالأسرة
٣٩٦	الأم المسببة للفصام
٣٩٦	أشباه القواصل الأسرى : الارتباط المزدوج
٣٩٧	الأسر المتفككة
٣٩٨	الأحداث الشاذة أثناء النمو
٣٩٨	أحداث ما قبل الولادة
٣٩٨	صدمة الميلاد
٣٩٩	الولادة غير المكتملة ( المبكرة )
٤٠٠	إصابة المخ
٤٠١	ترتيب المولد
٤٠٥	الصدمة الانفعالية أثناء الطفولة
٤٠٥	الاثارة الأدنى أثناء الطفولة
٤٠٥	الانعصاب أثناء الطفولة المبكرة

## الصفحة

٤٠٦	الحرمان من الأمومة
٤١١	العزلة الاجتماعية
٤١٣	مفهوم الفترات الحرجة
٤١٦	خلاصة واستنتاجات
٤١٧	<b>الفصل العاشر : النظريات النفسية لمسببات المرض النفسي</b>
٤١٨	النظريات النفسية ذات التوجه البيولوجي :
٤١٨	١ - سيجموند فرويد
٤٢٢	الحيل الدفاعية
٤٢٧	تطوير النظرية الفرويدية
٤٣٠	المرض السيكوسوماتي: ( النفس الجسمي )
٤٣٧	نقد نظرية فرويد
٤٣٨	النظريات النفسية ذات التوجه البيولوجي :
٤٣٨	٢ - علم النفس التحليلي لدى يونج
٤٤٢	نقد علم النفس التحليلي لدى يونج
٤٤٤	النظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعي
٤٤٥	ألفرэд أدلر
٤٤٩	كارين هورني
٤٥٠	أريك فروم
٤٥٢	هارى ستاك سوليفان
٤٥٤	نقد النظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعي
٤٥٤	النظريات المعرفية
٤٥٥	ويتكين
٤٥٧	كيلى
٤٥٨	فيستجر
٤٥٩	ألبرت اليس

## الصفحة

٤٦٠	نقد النظريات المعرفية للشخصية .....
٤٦٠	نظريات الذاتية والذات .....
٤٦٤	ماسلو .....
٤٦٥	روجرز .....
٤٦٦	نقد نظريات الذاتية والذات .....
٤٦٦	خلاصة واستنتاجات .....
٤٦٩	<b>القسم الرابع : العلاج</b>
٤٧١	مقدمة .....
٤٧٧	<b>الفصل الحادى عشر : أساليب العلاج البيولوجية</b> .....
٤٧٨	الملاجات البيولوجية المبكرة .....
٤٧٨	العلاج بالماء .....
٤٨٠	العلاج بالنوم لفترة طويلة .....
٤٨١	العلاج بمضوية الانسولين .....
٤٨٣	العلاج الكيميائى .....
٤٨٥	العقاقير المضادة للقلق : مطمئنان القلق .....
٤٨٧	العقاقير المضادة للذهان : مثبطات الأعصاب .....
٤٩١	العقاقير المحدث للذهان : الموهومات النفسية .....
٤٩٤	مركبات الليثيوم .....
٤٩٥	العلاج المقوم للجزيئات .....
٤٩٦	العلاج بالصدمات الكهربائية .....
٤٩٧	التطور التاريخى .....
٥٠٠	الأساس المنطقى .....
٥٠٣	الفاعلية .....
٥٠٤	الجراحة النفسية .....



## المنحة

٥٠٥	التطور التاريخي
٥٠٧	الأساس المنطقي
٥٠٩	الأساليب الجراحية
٥١١	الفاعلية
٥١٤	الآثار الجانبية المقلقة
٥١٦	موضوعات عامة
٥١٧	ملخص وخاتمة
٥١٩	الفصل الثاني عشر : أساليب العلاج السيكلوجية
٥٢٠	التبني في مقابل المساعدة
٥٢١	التاريخ الطبيعي للعلاج النفسي
٥٢٢	البناء النفسي
٥٢٢	العلاجات النفسية الدينامية
٥٢٣	التحليل النفسي التقليدي
٥٢٧	العلاج النفسي التحليلي لمونج
٥٢٨	نقد العلاجات النفسية الدينامية
٥٢٩	العلاجات النفسية الذاتية
٥٣٠	العلاج النفسي المتمركز حول العميل ( غير الموجه )
٥٣١	العلاج الجشتالطي
٥٣٢	نقد العلاجات النفسية الذاتية
٥٣٣	العلاجات المعرفية
٥٣٣	الايحاء
٥٣٤	العلاج بالتدعيم الايجابي
٥٣٦	العلاج العقائتي الانفعالي
٥٣٧	التعديل المعرفي للسلوك

## الصفحة

٥٤٠	علاجات الذات
٥٤٠	العلاج التكاملي
٥٤١	العلاج الواقعي
٥٤٢	نقد علاجات الذات
٥٤٣	العلاجات الجماعية والبيئية
٥٤٣	العلاج النفسي الجماعي
٥٤٧	العلاج البيئي
٥٤٨	نقد العلاجات الجماعية والبيئية
٥٤٩	المعالج في العلاج النفسي
٥٤٩	الخبرة
٥٥٠	الشخصية
٥٥١	الأسلوب
٥٥٢	ملخص واستنتاجات
٥٥٢	الفصل الثالث عشر : العلاجات البيئية والاجتماعية الحضارية
٥٥٣	العلاجات السلوكية : ١ - الخصائص العامة
٥٥٥	العلاجات السلوكية : ٢ - علاج السلوك
٥٥٦	الاشراط التقليدي
٥٥٨	الكف التبادلي
٥٦٠	التدريب التوكيدي
٥٦٠	الممارسة السلبية
٥٦١	تضيق المنبه
٥٦٢	الفيغس ( الغمر ) ومنع الاستجابة
٥٦٢	العلاجات السلوكية : (٣) تعديل السلوك
٥٦٤	الاشراط الاجرائي
٥٦٦	العقاب
٥٦٧	الانطفاء
٥٦٧	التمطيل

## الصفحة

٥٦٧	.....	أشراط الحرب
٥٦٨	.....	أشراط التجنب
٥٦٨	.....	العلاجات السلوكية : (٤) نظرية التعلم الاجتماعي
٥٦٩	.....	الاقتداء
٥٧٠	.....	العلاجات السلوكية : (٥) نقد
		المكانة النظرية للعلاجات السلوكية بالمقارنة بالتحليل
٥٧٠	.....	التقليدي
٥٧٥	.....	صدق نظريات التعلم
٥٧٨	.....	فاعلية العلاجات السلوكية
٥٧٩	.....	العلاجات الاجتماعية الحضارية
٥٧٩	.....	المعالج الأسرى
٥٨٠	.....	الفحص الاجتماعي للحالة
٥٨٠	.....	الطب النفسي للمجتمع
٥٨٦	.....	نقد حركة الصحة النفسية للمجتمع
٥٩٠	.....	ملخص واستنتاجات
٥٩١	.....	الفصل الرابع عشر : تقييم فاعلية العلاجات النفسية
٥٩٤	.....	المتغيرات التي يجب ضبطها
٥٩٥	.....	متغيرات المريض
٥٩٦	.....	متغيرات العلاج
٥٩٨	.....	متغيرات المعالج
٦٠١	.....	المشكلات المنهجية
٦٠٢	.....	المحكات
٦٠٣	.....	القياس
٦٠٩	.....	البيانات
٦١٠	.....	تصميم البحث
٦١١	.....	ملخص واستنتاجات
٦١٣	.....	المراجع



## مقدمة الترجمة العربية

يعد علم النفس المرضي Psychopathology فرعاً من الفروع المهمة لعلم النفس الحديث ، حيث يتميز بموقع بارز ومكانة مرموقة في عصرنا الحاضر الملىء بالأحداث والاضطرابات ، والذي أطلقت عليه مسميات شتى لعل من أبرزها أنه « عصر القلق » . وعلى الرغم من أن الاضطرابات النفسية والامراض العقلية بمختلف أشكالها وضروبها ليست وليدة « عصر القلق الحالى » — حيث وجدت منذ عصور تاريخية قديمة — فان تضافر عدد من العوامل أو توافر جملة من الاسباب في هذا العصر قد أدى الى تزايد معدلات تلك الاضطرابات والامراض وارتفاعها بشكل ملحوظ ، ومن بين هذه العوامل وتلك الاسباب : طغيان المادة ، والتكالب الشره على جنى ثمار الحضارة المادية التى نعيش في خضمها اليوم ، وما يصاحب ذلك من فردية مسرفة وسلبية متطرفة ، وتفكك في العلاقات الاجتماعية ، بالإضافة الى ما هنالك من مشاعر سلبية مختلطة بالحقد والحسد والغيرة ، ومشاعر الوحدة والغربة وقلة الحيلة وسوء المنقلب . ونبادر الى القول بأن هذه كلها ليست أعراضاً خاصة بعصرنا الذى نعيشه اليوم ، ولكن يمكننا — اعتماداً على الملاحظات العامة وانطلاقاً من أرض صلبة — أن نفترض ببساطة ذبوع تلك الاعراض السلبية والعلامات المرضية ، وارتفاع معدل انتشارها في عصرنا الحاضر أكثر من أى وقت مضى .

لقد أتى على الانسان حين من الدهر — في سنى البشرية الخضر — كانت مطالبه محدودة ولم تكن آماله مطلقة عراضاً ، وتركزت جهودهم في تحصيل مقومات الحياة الاساسية والتي كانت قليلة من وجهة نظره ،

كما تركزت في التغلب على تحديات البيئة الطبيعية ، اذ حاصرت قوى الطبيعة ، وحصدته الاوبئة ، واعتقلته الحروب ، وسار معدل تقدمه بخطى وثيدة دون تحقيق طفرات كثيرة . ولقد أدى ذلك الى اشتداد اندماج الانسان آنذاك ببيئته وانشغاله بها عن نفسه ، حيث قل تفكيره فيها وضعف .

ثم تمخض القرن الاخير عن عصر تميز بسمات معينة وخصائص فريدة جعلته يبدو من نواح عديدة مختلفا عما سبقه من عصور عاشها الانسان . ولعل من أهمها تفجر المعلومات وغزارتها وزيادة حلقاات التطور على طفرات الى حد يمكن القول معه بأن نتاج مكتشفات المائة عام الاخيرة توازى ما توصل اليه الانسان من مكتشفات في بضع آلاف من السنين التي سبقتها . وعلى الرغم من تميز العصر الحالي بالسيطرة النسبية على قوى الطبيعة ، وانخفاض معدل انتشار الاوبئة ، وارتفاع التقدم في التحكم في الامراض ، وازدياد معدل الاعمار فانه مايزال غصرا يمج بالاضطرابات كانه بحر لجى يغشاه موج ، كما أنه — كما يحلو لبعض المتشائمين تسميته — « زمن سيء » ، اذ يزخر بمواطن التفجر كأنها قنابل موقوتة ، وتشتيع فيه المشكلات الاقتصادية الحادة ، كما تعاني من انتشار البطالة فيه كل دول العالم الا قليلا ، وتتحارب في ساحاته أكثر من أربعين دولة ، وتحدث في المعسكر الشرقي الشيوعى تحولات سياسية كالزلازل ، ناهيك عن تلوث البيئة ، وانتقاب «الأوزون» ، وما صاحب ذلك وغيره من تغير ملموس في الطقس ... هذا بالاضافة الى تزايد معدلات الاضطرابات النفسية والعقلية ، وتدهو القيم ، وتأثر السلوك الخلقي الا نذرا يسيرا . والرأى لدينا أنه في ظل هذا المناخ الفيزيقي غير المواتى ، وفي غمار تلك البيئة الاجتماعية الزاخرة بعزلة الافراد وفرديتهم ، وعلى المستوى الفردي الذى يتميز بتكاثر الاعراض وارتفاع معدل الاضطراب فان حاجة الانسان ماسة الى دراسة السلوك الشاذ بهدف تشخيصه للوقوف على أسباب ووسائل علاجه . وعلى الرغم من توافر بعض المراجع العربية

في علم النفس المرضي فإنها قليلة في عددها ، كما صدر معظمها منذ وقت غير قصير نسبيا . ومن هنا فقد وقع اختيارنا على المؤلف الحالي كمرجع مهم في هذا المجال جدير بالترجمة والنقل الى العربية .

وإذا عرفنا علم النفس المرضي بأنه الدراسة العلمية للسلوك الشاذ والمرض العقلي والنفسى فإن مثل هذه الدراسة تشكل الأساس النظري المتين لعدد كبير من التخصصات منها : علم النفس ، والطب النفسى ، والطب العام ، والتفريخ ، وتربية الفئات الخاصة ، والخدمة الاجتماعية ، والقانون . وهى كلها فروع من المعرفة تتعامل بشكل أو بآخر مع من شذ سلوكيهم أو ندت خبراتهم عن الاتجاه السوى السليم . وقد صدر هذا الكتاب في عام ١٩٨٢م ضمن سلسلة « مداخل علم النفس الحديث » التى تصدر عن دار « روتليج وكيجان بول » للنشر (RKP) . ويعد تمهيدا شاملا لموضوعات علم النفس المرضي ومشكلاته ، حيث يقدم عرضا مفصلا للمجالات الأربعة الرئيسية التالية : التصنيف والتشخيص ، وعلم الاعراض ، وعلم أسباب المرض ، والعلاج . ولقد أقام الأستاذ « كولز » - مؤلف هذا الكتاب - تكاملا بين تاريخ علم النفس المرضي وما ساد في أيامنا هذه من حقائق ونظريات أساسية ، كما يتميز كتابه على نحو بارز بتأكيد على التوازن بين شتى المداخل النابعة عن النظريات المختلفة أو الأنظمة المتنافية في هذا المجال . ولا يفوتنا أن نشير الى سعة اطلاع مؤلف هذا الكتاب في مجال تخصصه ، ويكفى أن نشير الى أن عدد المصادر التى رجع إليها قد زادت على ١٥٨٠ مرجعا .

كذلك فإن هذا المرجع المهم يتسم بالاتجاه نحو إيضاح المفاهيم وفهم المبادئ الأساسية والعناية على نحو خاص بالتعريفات أكثر من اهتمامه بالسرد التفصيلي لاضطرابات معينة وما هنالك من طرق لعلاجها . كما يؤيد مؤلفه تعريف علم النفس بأنه « الدراسة العلمية للفطرة السليمة » ، ومن ثم فإن هذا المؤلف يصلح مرجعا مقروا لطلاب المرحلة الجامعية الذين لم يتخرجوا بعد ، كما يعد مصدرا مهما لقطاع

عريض من القراء الراغبين في الحصول على معلومات مفيدة تتعلق بهذا المجال .

وقد ولد مؤلف الكتاب الاستاذ «كولز» في انجلترا ، كما تلقى تعليمه بها ، ثم هاجر الى كندا عام ١٩٦١م . وله خبرة اكلينيكية واسعة في كلا البعدين ، كما عمل مع الاطفال والراشدين ، وذلك قبل انضمامه الى هيئة التدريس بقسم علم النفس في جامعة « سيمون فريزر » Simon Fraser ، بالاضافة الى عمله مستشارا سيكولوجيا لدى بعض المستشفيات .

وقد قام الدكتور عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي بترجمة الفصول الستة أرقام ١ ، ٢ ، ٣ ، ٥ ، ٦ ، ٧ . كما اشترك مع الدكتور حسن على حسن في ترجمة الفصول الثلاثة أرقام : ٨ ، ٩ ، ١٠ . أما الدكتورة ماجدة حامد حماد فقامت بترجمة الفصول الخمسة أرقام : ٤ ، ١١ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤ . وتجدر الاشارة الى أن الزملاء الافاضل الذين اضطلعوا بمهمة الترجمة قد كشفوا عن درجة عالية ومستوى راق من الدقة والمثابرة والتعاون ورحابة الصدر ، على الرغم من الصعوبة الفائقة لأسلوب المؤلف ، والطول المفرط لجمله وعباراته طولاً غير مألوف ، مما جعل مهمة الترجمة الملقاة على عاتق الزملاء مهمة شاقة ، وعسيرة حقاً ، ولكنهم قاموا بها على خير وجه . وتقضى الامانة القول بأن القائم على المراجعة قد قام بمطابقة كل عبارة مترجمة على أصلها الانجليزي . ونرجو أن يكون هذا العمل خالصاً لوجه الله تعالى ، وهو نعم المولى والنصير .

ونحن نأمل الامل كله في أن يفتتح أكبر عدد ممكن من القراء العرب بهذا المرجع القيم . والله من وراء القصد ، وهو وحده الهادي الى سواء السبيل .

أحمد محمد عبد الخالق

الاسكندرية في ١/١/١٩٩١



## تقديم الطبعة الانجليزية

يفتن الناس دائما بسحر الامور الغريبة التي تجرى على نسق غير مألوف . ولكن علم النفس المرضى — بوصفه دراسة علمية للسلوك الشاذ — ليس مجرد دراسة للغريب الشاذ فحسب ، بل هو جزء من أحد فروع المعرفة الاوسع مجالا وهو علم النفس ، اذ هو في حد ذاته جزء من الاساس النظري لكثير من المهن المعترف بها رسميا . فالتربية الخاصة ، واصلاحيات الاحداث ، ووضع القوانين موضع التنفيذ ، والخدمة الاجتماعية ، وعلم النفس الاكلينيكي ، والطب النفسى ، بل الطب العام والتمريض كلها أنظمة ومهن تتعامل بشكل أو بآخر مع قطاع كبير من الناس ممن يعانون من خبرات أو أنماط سلوكية شاذة . وفضلا عن ذلك ، فإن كثيرا من المهن والموظائف التي ارتبطت هامشيا فقط بالمهن المهمة بالصحة النفسية للفرد أضحت تقترب تدريجيا من تلك المهن لتصبح أكثر ارتباطا والتصاقا بها منذ أن تزايد الاقبال على التخصص المهني الدقيق الذي أوجد الحاجة الى العناية بالمريض على يد فريق يضم عددا من المختصين في مجالات مختلفة . وبناء عليه فإنه من الواضح أن البدء بمدخل واسع الى المواضيع والمشكلات المتعلقة بعلم النفس المرضى ينبغي أن يبرهن على أهميته وقيمه بوصفه خطوة أولى على الطريق بالنسبة لكثير من الراغبين في تخصصات أخرى عدا الاختصاصي النفسى والطبيب النفسى . ويحاول المؤلف الحالى تزويد هؤلاء جميعا بذلك المدخل الواسع العريض الى علم النفس المرضى .

ولابد للكتب التمهيدية المقررة أن تخصص بالضرورة مقدارا كبيرا من صفحاتها لتعريف ما تتعامل معه من مصطلحات وتحديده . من ناحية

ثانية فان قليلا من الكتب المقررة في علم النفس تقوم بتحديد موضوعها الاساسى للدراسة، ألا وهو الانسان . ونظرا لانطلاق تنظيم هذا الكتاب من مفهوم معين للانسان فانه من الضروري اذن أن نجعل هذا المفهوم بينا جليا .

وقرب بداية القرن الحالى ، وفي أعقاب نشر أفكار «داروين» المتعلقة بتطور الجنس البشرى حاول كثير من العلماء تقديم تعريف للانسان يمكن من خلاله تمييزه عن الحيوانات الدنيا . ولقد سلموا جميعا بطبيعته الحيوانية الاساسية ، كما تألفت تعريفاتهم التى قدموها من قوائم تحتوى على صفات تحدد سماته الانسانية المميزة له على نحو فريد . ويمكن جمع تلك الصفات كلها تحت فئة أو أخرى من فئتين عامتين : فهى اما سمات نفسية كأن يوصف مثلاً بأنه واع ، منطقى فى تفكيره ، ذكى ، أو سمات اجتماعية كأن يوصف مثلاً بأنه اجتماعى ، متبع للقوانين والقواعد ... الخ .

وعلى الرغم من الادراك المبكر للجوانب الثلاثة - الفيزيولوجى والنفسى والاجتماعى - لوجود الانسان فان القليل من الكتب المقررة هى التى قامت بتغطية تلك الجوانب على نحو متوازن . اذ مال معظم المؤلفين الى التاكيد على جانب واحد منها على حساب الجانبين الآخرين متأثرين على الأرجح فى ذلك بخبراتهم الشخصية ، وفلسفتهم ومفهوم طبيعة الانسان لديهم أو بروح العصر وطابعه الحالى . وقد قمنا فى الصفحات التالية من هذا الكتاب بمحاولة تجنب مثل هذا القيد أو التحديد ، حيث قمنا بتقديم مدخل تمهيدى واسع حقاً لعلم النفس المرضى ، بحيث لا يقتصر على جعل تلك الجوانب المختلفة متكاملة مع بعضها بعضاً فحسب ، بل انه يعمل كذلك على تكامل علم النفس المرضى مع كل من علم النفس والطب النفسى ، بالإضافة الى قيامه بدمج الجوانب والنظريات الحالية وایجاد تكامل بينها وبين سابقتها التاريخية .

فاذا كان لهذا الكتاب من هدف تعليمى فانه يقوم بتزويد قارئه

بوعى واحراك لتتوع الموضوعات التي يغطيها تحت عنوان « علم النفس المرضى » ، كما ييسر له القيام بمقارنة وتقييم ناقدين للمناخى التى سلكتها العلماء فى تعاملهم مع مشكلات السلوك الشاذ وعلاجه . فهو كتاب يؤثر تصور المبادئ الأساسية وتفهمهما — ومخاضة التعريفات — على السرد المفصل لاضطرابات معينة وما تستلزمه من طرق علاجية ، بحيث يؤكد على المفاهيم الثابتة بالبرهان والدليل لا على الموضوعات الراجعة مؤخرًا . كذلك فإنه يقر بالاعتقاد الاساسى بأن علم النفس هو الدراسة العلمية للظفرة السليمة : حيث يعنى بدراسة ما يعرفه كل فرد بلغة لا يمكن لأحد أن يفهمها بفهمه بالتالى محاولات للترجمة والتوضيح فحسب ، وحتى يأتى الوقت الذى ندرك فيه أن التعبيرات العلمية ليست بديلا عن الافكار الواضحة فاننا لن نقدر مطلقا أن النظريات الحديثة هي فى الغالب اكتشافات معادة لحقائق علماء النفس خلال عصور كل من أفلاطون وأرسطو ومونتيني وشيكسبير . . . .

ان القراء الذين هم على ألفة ودراية بكتب علم النفس المقررة فى العقود الحديثة من هذا القرن سيلفت انتباههم ظو هذا الكتاب من الصور الصقيلة اللامعة ، والحكايات الفادرة الطريفة ، والسرد التاريخى لحالات متنوعة مما قد أصبح سمة مميزة لهذا النوع من الكتب . ولعل ذلك يرجع الى أن هذا الكتاب لم يعد ليكون بديلا عن حضور المحاضرات وتلقيها ، بل ليضيف اليها ويكملها ، بحيث يترك شيئا ما للأستاذ المحاضر مما يتوجب عليه ذكره فى تلك المحاضرات . بل وأكثر من ذلك فاننا نأمل أن يكون الاسلوب الذى اتبعناه فى هذا الكتاب بالاضافة الى ايثارنا لعرض المبادئ الأساسية ومناقشتها ، وما قمنا به من تغطية شاملة للموضوعات — اننا نأمل من ذلك كله — أن يسفر عن كتاب مقرر يصمد فى مواجهة ما هنالك من تغيرات فى البدع والاشكال السائدة فى مجال التأليف ، وأن يظل هذا الكتاب مصدرا للمعلومات المفيدة للطلاب على مدى بعيد بعد أن ينتهوا من حضور المحاضرات .

كولز

E. M. Cole



## شكر وتقدير

لقد قمت هنا فقط بجمع باقة منتخبة من الأزهار ، ولم أقدم من  
منعى الخاص شيئاً سوى الخيط الذى يضم أزهار تلك الباقة معا .  
( ميشال ويكيم دو مونتيني ، ١٥٣٣ - ١٥٩٢ )

هذا الكتاب ثمرة ما يربو بقليل على اثنى عشر عاماً من العمل  
والجهد . ففى فصل الخريف من عام ١٩٦٧م ألقىت على عاتقى مسئولية  
اعداد مقرر دراسى فى علم النفس لأقوم بتدريسه لطلاب السنة الثالثة  
من احدى كليات جامعة « سيمون فريزر » . وكما هو معروف من  
تدريس معظم المقررات الدراسية لأول مرة على يد بعض أعضاء هيئة  
التدريس الذين يبدأون مستقبلهم المهنى بتدريس تلك المقررات فقد  
بدأ تدريس هذا المقرر كمجموعة مختارة من الموضوعات المرتبطة ببعضها  
عموماً ، والمتعلقة بما شعرت بأننى يمكننى التحدث فيه خمسين دقيقة  
مرتتين كل أسبوع لفصل دراسى كامل . ولقد تغيرت محتوياته وأهدافه  
تدريجياً من خلال القيام بالاجراءات التالية أثناء تدريسه : فلقد طلبت  
من كل مجموعة من الطلاب الذين تكبدوا غناء دراسته أن يبدوا زأيهم  
فيه بذكر الموضوعات التى كانوا يتمنون دراستها من خلاله لو أنه  
اشتمل عليها ، والموضوعات التى تمنوا حذفها منه وعدم إلزامهم  
بدراستها ، والموضوعات التى رأوا تخصيص وقت أقل أو أكثر لمناقشتها  
ودراستها ، بالإضافة الى تفكيرى فيما ينبغى اللجوء اليه من طرق  
لتحسين هذا المقرر وتطويره الى الافضل . ولقد أجرى كثير من  
التعديلات الطفيفة كمحاولات لتقديم المحاضرات بأسلوب يضمن اتصالها

وارتباطها بسلسلة متوالية من الكتب المقررة والقراءات التي أقرت بهدف إعطاء الطالب شيئاً ما أكثر واقعية وثراء للدراسة من مجرد الكلمة المخطوطة .

ولم ينته الأمر بهذا الكتاب الى ما هو عليه حتى خريف عام ١٩٧٤م ، حين تم تطوير هذا المقرر بوصفه برنامجاً مستقل الطالب بدراسته معتمداً على نفسه مما استوجب جعل أهدافه التعليمية بينة واضحة بعد أن كانت ضمنية مضمرة ، وبما أدى به في النهاية الى أن يصبح كلا مترابطاً على نحو منطقي متماسك .

وانى لمدين بالفضل لبريندان ماهر (Brendan Maher, 1986, p. 2) الذي لفت انتباهي للفرق بين علم النفس المرضى وعلم النفس الاكلينيكي ، والذي اعتمد عليه هذا الكتاب . حيث جاء في شرحه لذلك:

« ان الخبرة الاكلينيكية هي بمثابة الارض التي تنتج فروع البحث الطمي . كما أن علم النفس المرضى العلمى هو الاساس الذى تتبنى عليه الممارسة الاكلينيكية السليمة . فدون أساس مستقر ثابت في الحقائق اليومية للسلوك المنحرف يصبح البحث العلمى في علم النفس المرضى مجدياً عقيماً على الأرجح ، كما يصبح عملاً مقتصرًا على التمسك بالحرف الشديد بالأساليب التقليدية الخاصة به . وفوق ذلك ، فان الانشطة الاكلينيكية التي لا ترتبط بقواعد السلوك الاساسية ومبادئه تضحي عملاً شاذاً منحرفاً عن أصوله ، لا يفهمه الا من قام به » .

وفي مختلف الاجوال والظروف فان الكتب المقررة التي صدرت لاحقاً قد أغفلت كلها تقريباً هذا الفارق . فبإختيارها « لعلم نفس الشواذ » عنواناً لها قد أخفقت في التفريق بين علم النفس والطب

النفسي اللهم الا في الدرجة فقط ، وهى بالتالى كتب تطيل في وصف الاضطرابات النفسية والسلوكية التى تتعامل معها — وبخاصة الاضطرابات الجنسية ، والجنسية المثلية ( اشتهاى الجنس المائل ) ، والاغتصاب ، وغشيان المحارم ، وادمان المواد الكحولية أو العقاقير والادوية ، والانتحار — بينما توجز في تفسيرها لتلك الاضطرابات .

وقد تأثر هذا الكتاب في تنظيمه وأسلوبه بالعالم «أيزنك» (Eysenck, 1961 a) ، كما تأثر في معالجته لمبحث الاعراض المرضية بالعالم «فيش» (Fisch, 1967) ، بالاضافة الى تأثره بالعالم آرييتى (Arieti, 1959 a, 1974-5) في تعامله مع أنواع العلاج وأساليبه . كذلك فان هذا الكتاب مدين بالكثير — في أساسه المفهومى أو الفلسفى ومعالجته للعوامل المحددة للسلوك الشاذ — للعالم بيتيرز (Peters, 1960) لما قدمه من تحليل لمفهوم الدافعية ، ولوجهة نظره فى الانسان من حيث هو حيوان هادف متبع للقواعد والقوانين . ولكن الفضل الاكبر يرجع الى مئات عديدة من الطلاب الذين درسوا معى مقرر رقم ٤٣٠ « علم النفس » ، والذين تكبدوا المشقة والعناء بطريق أو بآخر ليدعوني أعرف وجهة نظرهم نحو هذا الكتاب .





# القسم الأول

## التصنيف والتشخيص



## مقدم

لقد ذكر الناس أن « الدليل على حلاوة طعم الحلوى يكمن في تذوقها ». (Miguel De Gerventes, 1947-1616) وإذا صح هذا القول فإن البيئة على فعالية علم النفس المرضى تكمن في العلاج الناجح للسلوك غير السوى . ولكن على الرغم من أن هناك حاجة إلى اراحة الفرد وتخليصه من آلامه الذاتية وتمزقه الاجتماعي المصاحب للمرض العقلى بحيث توفر للباحثين والمتخصصين المسوغ الاساسى لاجراء معظم البحوث ووضع النظريات في مجال علم النفس المرضى فان العلاج الناجح يعتمد في الغالب على ادراك السبب أو الاسباب المؤدية الى الحالة الراهنة للفرد . وطبقا لما أشار اليه «أيزنك» (Eysenck 1961 a, p. 1) فإن ادراك السبب يعتمد بدوره على ادراك الاضطراب في حد ذاته :

« قبل أن يطلب منا البحث عن السبب المؤدى الى اختلال مهم أو اضطراب ما فإنه يتحتم علينا أولا أن نكون قد قمنا بتحديد الاختلال أو الاضطراب الذى نحن بمصدده مهما كان بسيطا ، وأن نتمكن من ادراكه وتمييزه عن غيره من زمل الاعراض الاخرى . ان مصطلح « لا سوى » أو « شاذ » Abnormal بوصفه تعبيراً مجرداً يتضمن قاعدة من قواعد التصنيف بحيث لا يمكننا البحث عن أسباب « اللاسوية » أو « للشذوذ » ما لم يكن لدينا تصور ما لا نعنيه « بالمعادية أو السوية » Normality ولأنواع الانحرافات التى اتفق على اعتبارها « غير سوية » .

ان مفاهيم «السوية» و «اللاسوية» وتعريفاتهما قد أحاط بهما جدل ونقاش كبير من قبل العلماء والمتخصصين . ولقد استهل «سكوت» (W. A. Scott, 1958) مقالة نقدية ببيان يتعلق بالعقبات الخطيرة التي تعترض طريق البحوث الخاصة بالصحة النفسية والعقلية والتي تتمثل في عدم وجود تعريف واضح لما يبحث أو يدرس . وبعد ذلك بعشر سنوات أجبر «نيودور وولسى» (Theodore Woolsey, 1968) مدير مركز الولايات المتحدة القومي للإحصائيات الصحية على عمل بيان مشابه يتعلق بمشكلات اصدار احصائيات الصحة العقلية . وقد ظلت هذه المشكلة موجودة في السبعينيات حين كانت الحملة التي نظمتها رابطة الطب النفسي الامريكية تقوم بتنقيح دليلها التشخيصي الاحصائي الخاص بالمضطربات والاحصائيات المستخدمة في هذا المجال وتعديله (Spitzer & Endicott, 1976 ; Spitzer, Sheehy & Endicott 1977) كما أجريت آنذاك بحوث خاصة بفعالية العلاجات الطبية النفسية (Strupp & Bergin, 1969 ; Bergin & Garfield, 1971 ; Strupp & Hadley, 1977).

. وسنقوم في هذا القسم بمراجعة مفاهيمية للجدل والنزاع الذي دار حول تعريف الشذوذ والصحة العقلية يتم من خلالها وضع اطار مرجعي لبقية فصول هذا الكتاب . وعقب ذلك سيقوم القسم الاول من الكتاب بعرض موجز لتصنيف الامراض العقلية والنفسية ، ثم يعقبه عرض للإجراءات التي يستخدمها أطباء الامراض العقلية والنفسية في الوصول الى تشخيص ما لمريض معين .

## الفصل الأول

### مفاهيم اللاسوية والمرض العقلى

يعد تعريف اللاسوية أو الشذوذ والمرض العقلى أمرا حاسما بالنسبة لعلم النفس المرضى وجميع المهن التطبيقية المتعلقة بالصحة العقلية والتي تدين بوجودها للاسوية والمرض العقلى . وعلى الرغم من استخدام هذين المصطلحين بالمعنى نفسه غالبا فان هناك ميلا واضحا على كل حال الى استخدامهما فى سياق ومحيط مختلف .

« فاللاسوية أو الشذوذ » تميل الى أن تكون مفهوما نظريا من خلال المحاولات التى جرت لتعريفها من قبل الاكاديميين الذين يحاولون ذكر محكات المرض العقلى وما ينبغى أن تكون عليه . وهذه المحكات هى المفاهيم الاساسية والقواعد النظرية التى تشكل أساس المهنة الاكلينيكية . من جهة أخرى فقد بذلت محاولات أخرى لتعريف المرض العقلى جرت بصورة نموذجية على يد الاكلينيكيين ، وهى بالضرورة محاولات لتعريف الممارسة الاكلينيكية الحالية . وسنتناول فى هذا الفصل كلا من المحاولتين بالنقد والتمحيص .

### المفاهيم الاساسية للاسوية أو الشذوذ

تعد مراجعة المحكات المخططة للمرض العقلى والتي ذكرت بشكل صريح أو ضمنى فى البحوث والتقارير التى أجريت خلال الخمسينيات من المراجعات التى يستشهد بها على نحو واسع فى هذا المجال . وقد قامت تلك المراجعة بتصنيف هذه المحكات الى ست فئات هى :

- ١ - التعرض لعلاج طبي نفسى .
- ٢ - التشخيص الطبى النفسى .
- ٣ - الاعراض النفسية الموضوعية .
- ٤ - سوء التوافق الاجتماعى .
- ٥ - اخفاق فى الكفاح الايجابى .

٦ - التعاسة الذاتية (W. A. Scott, 1958) . وتعد الفئتين الاولى والثانية محكات بحثية «ادارية» بحيث ينبغى النظر اليهما بصورة مستقلة منفصلة عن بقية الفئات . أما الفئات الاربعة الاخرى فانها تحدد المفاهيم الاساسية للاسوية بجوانبها الثلاثة البيولوجية ، والاجتماعية ، والذاتية النفسية على الرغم من تسليمها ضمنا بمفهوم رابع وهو المفهوم الاحصائى للاسوية .

### الاعراض الموضوعية : المفهوم البيولوجى للاسوية

يمكن ارجاع الاهتمام المعاصر بتعريف المرض العقلى الى اواخر القرن الثامن عشر والسنوات المبكرة من القرن التاسع عشر ، والذي أشار اليه «هوبز» (Hobbs, 1964) بالثورة الاولى فى الصحة العقلية أو النفسية . ويتمثل ذلك فى العمل الذى قام به أناس مثل « بنيسامين رش » Benjamin Rush ، و « ويليام بلاك » William Black وكذلك « دوروثيا دكس » Dorothies Dix خلال السنوات الاخيرة من القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر . ويعد ما قاموا به ذا أثر فى النظر الى السلوك غير السوى من منظور علمى بعد أن كان ينظر اليه من منظور دينى . وانطلاقا من المنظور العلمى يعد المرض العقلى عرضا ملازما للاسوية البدنية الاساسية . فهو مجرد مرض مثله فى ذلك مثل أى مرض آخر بحيث يمكن علاجه بواسطة الاطباء . وهناك افتراض كامن فى هذا المفهوم مفاده أن

«المرض» أمر عام وعالمى بالنسبة للجنس البشرى • وهذا يعنى أن المرض يحدث فى كل الحضارات والثقافات وفى المجموعات الاجتماعية الاقتصادية ، وأن يكن حدوثه يتم بنسب مختلفة وبمعدلات متفاوتة (Draguns & Phillips, 1971) .

وبرغم أننا الآن فى الثورة الثالثة بما يلزمها من تأكيد على الوظيفة الاجتماعية وتفضيلها على الوظيفة البيولوجية فإن هذا المفهوم للمرض العقلى هو الأكثر شيوعا على الأرجح ، ولا يزال يلقى تشجيعا وتأييدا من قبل كثير من جمعيات الصحة العقلية • وقد وضع على أساس من الفروق النوعية أو الكيفية بحيث يمين الظروف النوعية اللاسوية مع مراعاة تعريف السوية عن طريق المنع والاستثناء •

وقد تم التوصل الى التعريف البيولوجى للاسوية عن طريق الملاحظات العديدة لحالات لاسوية • تصفة بالشدة والخطورة وبخاصة تلك التى وجدت فى مؤسسات خاصة (Draguns & Phillips, 1971) ولهذا السبب فإن صدق هذا التعريف يعد محل شك بالنسبة للمرضى غير المقيمين فى المستشفيات ، وكذلك بالنسبة لمن يمكنهم العيش والعمل فى البيئة العادية الاجتماعية برغم عدم سويتهم • ولكن القصور الرئيسى فى هذا التعريف يتمثل فى أنه لا يزودنا بمحك عام شامل جامع ، أو قانون عام ، أو قاعدة تمكنا من تحديد الظواهر النوعية التى تعد غير سوية • وإن تعريف المرض العقلى على أنه أعراض نفسية يعد بالتالى تكرارا للمعنى لا يزيده قوة أو وضوحا •

### السواء بالمفهوم الاحصائى

يعد المفهوم الاحصائى للسوية واللاسوية النقيض المضاد تقريبا للمفهوم البيولوجى الخاص بكل منهما • ( انظر Foley, 1935 ) • وهو مفهوم كمى يقوم بتصنيف السلوك بدلا من تصنيف الامراض • كما يفترض تنوع سلوك مختلف الافراد طبقا لدرجات تختلف عن بعضها

اختلافات طفيفة ، بحيث يمكن ترتيبها عبر متصل *continuum* يتراوح - على سبيل المثال - من سريع الى بطيء ، ومن قوى الى ضعيف ، أو من كثير الى قليل . . . الخ . فإذا افترضنا وجود مجموعة كبيرة من الافراد تم اختيارهم بطريقة عشوائية فان سلوك هؤلاء الافراد سيتوزع على طول هذا المتصل بحيث يأخذ شكل المنحنى الاعتدالي على شكل الجرس ( قانون الخطأ العادى المنسوب الى «جوس» Gauss ) ويحيث يتجمع سلوك الغالبية العظمى حول النقطة المركزية وينتشر سلوك بقيتهم تجاه طرفي التدرج . ومن هنا تعرف العادية (السوية) بأنها السلوك الأكثر تكرارا ووقوعا بمعنى أنها تؤسس المعيار . كما يعرف الشذوذ (اللاسوية) بطريق الحصر والاستثناء .

ولم يذكر «سكوت» نفسه هذا المفهوم الاحصائي (Scott, 1958) ولكن صيغة ما من صيغ هذا المفهوم تعد متضمنة في جميع تعريفات المرض العقلي التي تستخدم أى مقياس آخر غير المقياس الاسمي *nominal* . وقد طبقه «كيتليه» Quetelet لأول مرة في القرن التاسع عشر على بيانات ومعلومات اجتماعية وبيولوجية (Offer & Sabshin, 1968) . ومن أفضل الأمثلة لذلك ، الحالات البيولوجية التي تعتمد على متغيرات الارتفاع والوزن التي عرفت بوضوح ، وذلك مثل القزامة ( أن يكون الفرد قزما ) والعملاقة ( أن يكون الفرد عملاقا ) والهزال والبدانة على التوالي . ولكن يمكن مشاهدة هذا المفهوم كذلك بوصفه عاملا مهما يحدد تشخيص الاضطرابات الوجدانية الاساسية ( انظر الفصل الخامس ) وبخاصة المرض الاكتئابى الهوسى الذى يتميز بالاستجابة الانفعالية القوية أو المتطرفة ، أو من حيث هو عامل مهم يحدد في الحقيقة أى تشخيص ، لدرجة أن سماته لابد أن تكون موجودة لفترة ممتدة من الوقت حتى يمكن اعتبارها شاذة أو لاسوية أو أن يكون سمة مميزة للفرد في عديد من الاوضاع المختلفة . (Draguns & Phillips, 1971) .



وعلى الرغم من الدقة العلمية التي تنتج من قياس مقادير الأشياء وتحديدتها بالإضافة الى استخدام الاعداد فان هناك وجوه قصور واضحة في هذا المفهوم ، اذ ان تعريف المرض العقلي على أساس من الندرة الاحصائية فحسب يؤدي الى تكوين تحكيمات لفئات منفصلة غير مترابطة — كالسوية واللاسوية — بحيث تكون بعيدة عما يفترض فيه أن يكون تغيرا مستمرا . كذلك فان هناك أنماط سلوك نادرة ولكنها تعد لاسوية أو شاذة . فالسير ( على القحامين ) الى مكان العمل هو نشاط يمارسه غالبا قليل من الناس ، ولكن لا يمكن لأحد أن يعد ذلك محكا للمرض العقلي ( انظر كذلك : Zola, 1988 ) . وفضلا عن ذلك حين ينصب اهتمامنا على صفات كالذكاء أو المظهر البدني مثلا فان أحد أطراف المتصل هو الذي يعد فقط غير سوى ، أما الطرف الآخر فانه يمثل حالة مثالية . اذن فعلى الرغم من أن الندرة الاحصائية قد تعد شرطا ضروريا في مفهوم المرض العقلي الا انها بكل وضوح ليست شرطا كافيا .

### سوء التوافق الاجتماعي : المفهوم الثقافي الاجتماعي

ان اعتبار بعض أنواع السلوك النادر احصائيا أعراضا دالة على المرض العقلي واعتبار غيرها غير مرضية بل حتى أنواع السلوك المثالية هو مثال للحكم النابع من قيمة اجتماعية . فالمرض العقلي يمكن اعتباره كذلك حكما نابعا من قيم ومبادئ اجتماعية .

ان مفاهيم كل من «الاعتلال» *sickness* و «السقم» *illness* و «المرض» *disease* تدل ضمنا على نوع من الاحوال أو الظواهر الكيفية نوعا ما والتي يمكن التعرف اليها بوضوح بحيث تختلف عن الظواهر العادية التي هي لاسوية طبيعيا . وهذه الفكرة أسهل في الدفاع عنها على مستوى الاعراض — حيث يمكن ملاحظة الخلل والنزيف والتورم والالتهاب والحمى — من الدفاع عنها على المستوى

السببي حتى على الرغم من امكانية الشك فيها (Kendell, 1975) لكن الجرثوم أو الميكروب الذى يسبب المرض ليس أكثر شذوذا ولا سوية من الجسم المضاد antibody الذى يصفه الطبيب لمعالجته ، فكل منهما له مكانه «الطبيعى» فى التوازن الحيوى البيئى (الايكولوجى) للطبيعة .

ان مفهومى «المسقم» و «المرض» قد أوجدهما الانسان لتعريف هاتين الحالتين أو الظاهرتين حيث ينظر اليهما على أنهما يؤثران بصورة متوافئة معاكسة فى طول حياته ونوعيتها (Spitzer & Wilson, 1975) وينبغى معالجتهما من قبل الأطباء (Länder, 1965) ، ومن هنا يعدان أحكاما وآراء نابعة من قيم اجتماعية . وان دور هذه الأحكام والآراء معترف به على نحو جلى واضح فى المفهوم الثقافى الاجتماعى للمرض العقلى .

ويركز المفهوم الثقافى الاجتماعى للمرض العقلى على السلوك الاجتماعى للفرد والعلاقات المتبادلة مع الآخرين . وقد أصبح «بلوس» (Blos, 1919) وكذلك «فنت» (Wundt, 1900-1920) و«بينيديكت» (Benedict, 1934 a, 1934 b) أنصارا كيارا لهذا المفهوم . وينص فى جوهره على أن المرض العقلى حكم نابع من تفاعل الفرد مع بيئته (Weissman, 1975) . وهو بالتالى يتغير من مجتمع الى آخر ومن عصر الى عصر ( انظر مثلا : Blum, 1978) وينبغى ألا يحكم على السلوك فى بيئة واحدة طبقا لقيم بيئة أخرى .

وقد قدمت بينيديكت (Benedict, 1934 a) عددا من الامثلة لسلوك ينبغى اعتباره شاذا غير سوى فى المجتمع الغربى ، على حين يعد بصورة ايجابية موضع تقدير واحترام مجتمعات أخرى . فاحدى قبائل الهنود الأمريكيين فى كاليفورنيا المعروفة بـ «الشاستا» Shasta تضىف هية واحتراما على كل من فارق الحياة وسط خبرات معينة من الفسوة

والابتهاج الغامر والانفصال الروحي عن الواقع المادى المحيط به ، كذلك يعطى الناس فى «سييريا» قيمة واحتراما للنوبة المرضية التى تصيب الشامان ( وهو كاهن يستخدم السحر لمعالجة المرضى وكشف الخبأ والسيطرة على الاحداث ) باغماء تخشعى ، بالاضافة الى المؤسسات الفاصة بالواط واشتهاء المائل ( ذكر أو أنثى ) التى عرفها اليونانيون والرومانيون القدماء كما تعرفها كثير من القبائل الهندية الامريكية ، وكذلك ما تقوم به «الدابو» Dobu فى شمال غرب ميلانيزيا من اظهار البارانونيا والهذاء ، وأخيرا هوس العظمة *Megalomania* الذى يبدىه بعض هنود أمريكا الحمر بالساحل الباسفيكى فى أمريكا الشمالية أثناء مهرجاناتهم الشتوية التى توزع فيها الهدايا .

كذلك قامت «بينديكت» بوصف بعض أنواع السلوك التى قد يعدها المجتمع الامريكى عادية سوية ، فى حين تعد ضريا من الغرابة والشذوذ فى مجتمعات أخرى وكهستيريا القطب الشمالى (Novakovsky, 1924) ، واندفاع الفرد الى الشارع كالجنون وقتل كل من يصادفه سعرا كما فى الملايو (Abraham, 1912 ; Van Loon, 1927, 1928 ; Adams, 1950-2, وغيرها من أنواع الشذوذ اللاسوية الموجودة فى مجتمعات أخرى والتى لا تتطابق مع أى سلوك فى المجتمع الامريكى . وقد قام «سكوت» (W. A. Scott 1958) بوضع محكه الخاص بسوء التوافق الاجتماعى معتمدا بوضوح على هذا المفهوم وذلك منذ أن ذكر أن (ص ٣١) :

« التوافق يتحدد بالضرورة انطلاقا من معايير المجتمع بأكمله أو من معايير بعض الجماعات المخضورة بصفة أكثر داخل نطاق المجتمع . وطبقا لذلك فإنه يمكننا أن نتصور تعريف التوافق بأنه الالتزام والتقييد بالمعايير الاجتماعية » .

وتختلف المعايير الاجتماعية المستخدمة فى تعريف المرض العقلى عن

المعايير الإحصائية التي أشرنا إليها مبكراً في هذا الفصل ، وغالباً ما تذكر هذه المعايير الاجتماعية بعبارات تعبر عن مفاهيم نفسية وخلقية وقانونية (Szasz, 1960) كما تتبدى بسهولة واضحة في الدراسات المتعلقة بالانتحار والقتل وجنوح الأحداث والطلاق ... الخ .

وفي الطب النفسي ترفض معايير المجتمع بأكمله غالباً لصالح الجماعات المحددة التي تعرف على أساس من العمر أو الجنس ( ذكر أو أنثى ) . وقدم «كيسلر» (Kessler, 1966, p. 69) في مناقشته لمفهوم السوية في الأطفال بإيجاز وجهة النظر التحليلية النفسية التي توضح هذا المفهوم بصورة جيدة :

« فالطفل البالغ عمره عشر سنوات والذي يسلك سلوك طفل عادي عمره عامان ، قد يوسخ نفسه وملابسه ويبلل فراشه كما قد يبدو قاسياً جافاً في سلوكه . مثل هذا الطفل تكون قدرته على تحمل الاحباط ضعيفة، كما يبدى سورآت الغضب، ويتحدث حديثاً قليلاً غير مميز أو غير واضح، كما يفكر بصورة غير منطقية . ومما لأشك فيه أن هذا السلوك يعد غير سوى بالنسبة لسن العاشرة ، ولكنه من ناحية أخرى يعد سوياً بالنسبة لسن الثانية » .

وهذه الحجة يمكن أن تصدق على سلوك كل من المراهقين والمسنين ، فالمعايير الاجتماعية التي يجب أن يتوافق معها الفرد هي المعايير ذاتها التي ارتضاها أقرانه بحيث أصبحت شيئاً ثابتاً راسخاً فيما بينهم .

أن حركة تحرير المرأة التي حدثت في الستينيات من هذا القرن قد ألقت ضوءاً قوياً على ضرورة تقييم السلوك في إطار من المعايير المتفق عليها بين أقران الفرد لا بالنسبة إلى عمره فحسب بل بالنسبة

كذلك الى نوعه من ذكورة وأنوثة . فعلى وجه التحديد قامت هذه الحركة بتركيز الانتباه على عدم تلاؤم تقييم سلوك المرأة في اطار من المعايير التي اصطلح عليها في سلوكيات الرجال ( Barry et al, 1957 ; Broverman et al, 1970) . أو المعايير التي وضعها الرجال أنفسهم للمرأة . فبينما كان برود المرأة جنسيا يعد لوقت طويل شذوذا جنسيا في النساء نجد أن قذف الرجل للمنى قبل بلوغ زوجته حد الفسوة لم يكن يعد مشكلة خطيرة بالنسبة للمرأة الى أن أصبح من الممكن أن تصر النساء بالصاح على ضرورة اشباع رغبتهم من النشاط الجنسي

■ (Salzman, 1973)

وربما كان التقيد الأكثر تطرفا للمجتمع المأخوذ بعين الاعتبار قد تم من جانب الوجوديين ( انظر الفصل العاشر ) والمختصين في العلاج السلوكي ( انظر الفصل الثالث عشر ) . وقد عارض « لينج » (Leing, 1967) اسناد التشخيص بصورة تقليدية الى خير مهني متخصص ، واقترح بدلا منه فهمها شخسيا ذاتيا للمريض في اطار من فهم علاقاته الاجتماعية ، في حين أيد السلوكيون دراسة سلوكيات مميّنة تتعلق بالمرضى بصفة فردية .

ويعد الفشل في التكيف أو الكفاح بصورة ايجابية — والذي وضعه « سكوت » (Scott, 1958) محكا للمرض العقلي أو النفسي — مثلا آخر للمفهوم الثقافي الاجتماعي . وقد أشار « زيلبورج ، هنري » (Zilboorg & Henry, 1941, pp. 523-4) في عرضهم النقدي لتاريخ علم النفس الطبى الى أن :

« كل مريض عقلي يبدى صورة ما من عدم رغبته في الحياة أو عجزه عن تقبلها كما هي عليه ، فكل مريض عقلي اما أن يرفض — بطريقة عدوانية — الحياة كما نحبها نحن ، بحيث قد اعتقد فيه أنه مبتدع منشق عن عقيدة أو ساسر أو

مشعوذ ، أو أن يستسلم بسلبية وخضوع لمجزه عن تقبل الحياة كما نراها نحن ، وبالتالي فقد أطلق عليه انسان مسحور . وفي رأى الاصحاء عقليا من الرجال بما فيهم رجال الطب فان الفرد المريض عقليا ما يزال يبدو اما ثائرا غريدا متمردا على فطرتنا الثقافية السليمة التى تحكم على الاشياء بصورة صائبة وحصيفة أو انسانا ضعيف العقل يستسلم لقوى أخرى غير فطرتنا وحسنا الثقافى السليم » .

فالحديث عن الفشل فى التكيف الايجابى بدلا من الحديث عن سوء التوافق الاجتماعى انما يؤكد المظاهر الايجابية للصحة كما يشابه المفهوم الثقافى الاجتماعى الذى أيدته من اتجهوا اتجاها انسانيا اختباريا ( قائما على الخبرة ) فى هذا المجال وعلى رأسهم «جاهودا» (Jahoda, 1953, 1955, 1958) وعلماء النفس وأطباء الامراض النفسية والعقلية ( أنظر الفصل العاشر ) ، كما يؤكد سوية الفرد وتحقيقه لامكاناته بدلا من التأكيد على شذوذه وعدم سويته واعاقاته الشخصية .

ان استخدام مفهوم الشذوذ أو اللاسوية بمعناه الثقافى الاجتماعى يجعل من الصعب التمييز بين المرض النفسى العقلى والانصراف الاجتماعى ، بين الخبل والاجرام . فمن المقبول بصورة عامة أن يرتكب بعض الناس جريمة من الجرائم منتهكين بذلك القانون ومنحرفين بفعلهم هذا عن المعايير الاجتماعية ولكنهم برغم ذلك لا يعدون من الوجهة النفسية العقلية مرضى . وليس أدل على ذلك من وجود دعوى الدفاع القانونى عن الخبل والجنون . ومع هذا فان تعريف المرض العقلى أو النفسى فى اطار من سوء التوافق الاجتماعى محسب لا يتيح القيام بمثل هذا التمييز أو التفريق . وبرغم ذلك فقد ذكر «فولاي» (Foley, 1935, p. 287) ما يؤيد المفهوم الثقافى الاجتماعى الشذوذ أو اللاسوية بالمقارنة الى المفهوم البيولوجى حين أشار الى أنه :

« يجب كذلك أن ندرك بوضوح أن الشذوذ أو اللاسوية يعد — من وجهة النظر النفسية — ظاهرة سلوكية إلى حد بعيد ، وهي تعتمد على استجابة معينة لنبه معين • والحقيقة أن سوء تكون الفرد أو اختلاله من الناحية البنيوية أو توقف نموه بسبب سوء التغذية قد يعوق اكتسابه للأنماط السلوكية أو نموها أو أدائها لوظيفتها • ولكن محك الشذوذ أو اللاسوية النفسية حتى في مثل هذه الحالات هو محك سلوكي • وينبغي ألا نخلط بينه وبين ما يرتبط به من مصاحبات تشريحية فيزيولوجية » •

وقد قام « زاز » (Szasz, 1969) بتقديم رأى مشابه لذلك في تفريقه بين مرض الفرد من الناحية البدنية ودوره الاجتماعي • فقد يكون فرد ما مريضا بصورة خطيرة ولكنه يستمر في أداء وظائفه بصورة عادية ، بينما قد لا يعاني أفراد آخرون من أى علة أو مرض بدني ولكنهم يظلون ينتقلون من طبيب إلى آخر طلبا للشفاء والمساعدة وفي الوقت نفسه يعجزون عن أداء عملهم أو مواجهة التزاماتهم الاجتماعية • وهذا هو التفریق بين المستويات المختلفة من التحليل — بين الكائن العضوي الفيزيولوجي وسلوكه — والذي استخدمه « ويجروكي » (Wegrocki, 1939) ، ولكن أنظر أيضا « كانر » (Kanner, 1960) في نقده لكل من المفهوم الثقافي الاجتماعي والمفهوم الاحصائي للشذوذ أو اللاسوية واللذين قدمتهما « بنيديكت » (Benedict, 1934 a) و « فولي » (Foley, 1935) •

وقد قام « ويجروكي » بمناقشة أنواع الاضطراب التي عدتها « بنيديكت » (Benedict, 1934 a) فريدة بالنسبة لمجتمعات أخرى • وقد وافق في مناقشته ذلك على أن السلوك الظاهر يمكن تعديله عن طريق

بيئته الثقافية ، ولكنه حاول البرهنة على أن السلوك الظاهر هو مظهر ثانوي للشذوذ أو اللاسوية • فقد كان «ويجروكي» (Wegrocki, 1939, p. 175) معنيا بأن :

« النظرية الاحصائية لا تعتبر الا السلوك الفعلي الواقعي فقط والصادر عن الفرد بصورة تمكن ملاحظتها دون التعمق في معنى هذا السلوك ومدلوله ، وبالتالي فان تطابقا خاطئا يتم اثباته وتوطيده بين أنماط سلوكية تبدو متشابهة ولكنها لا ترجع الى خلفية سببية واحدة » •

وقد اقترح «ويجروكي» (Wegrocki, 1939, p. 170) :  
« عدم امكانية التسوية بأى وسيلة من الوسائل بين توهمات الذهانين Psychotics وتوهمات الهنود الذين يعيشون في السواحل الشمالي الغربي (من أمريكا) • فالحيل (الميكانيزمات) كالاقتناع بالفخامة والعظمة هي حيل شاذة لا بمقتضى كونها صفات شاذة فريدة ولكن بمقتضى وظيفتها في التنظيم الكامل للشخصية » •

ومن هنا فقد رفض «ويجروكي» المفهوم الثقافي الاجتماعي للشذوذ أو اللاسوية مفضلا المفهوم النفسى عليه والذي يؤكد دافعية الفرد وعملياته التفكيرية •

#### التعاسة الذاتية : المفهوم النفسى

يعتمد المفهوم الثقافى الاجتماعى للشذوذ أو اللاسوية على الانحراف عن بعض المعايير الاجتماعية ، ومن الضرورى عند استخدام هذا المفهوم أن نعين كلا من المعيار والمحك للانحراف أو سوء التوافق (Beilin, 1957) • وفى واقع الأمر فان الفرد الذى يقوم بتحديد المعايير والانحرافات اما أن يكون المريض نفسه أو أى فرد آخر ذى



شأن كبير في البيئة الاجتماعية للمريض كأن يكون قريبا له أو طبيبا أو فردا من أفراد السلطة والقانون ... الخ (Szasz, 1966) .

ولقد أصبح من المقترح أن يكون الفرد قادرا على القيام بتقييم نفسه بصفة أفضل من غيره (Mischel 1968, 1972, 1977) ، وبالنسبة لبعض أطباء الأمراض النفسية والعقلية (منهم مثلا : « ثوماس زاز » Thomas Szasz و « هارى ستاك سوليفان » Harry Stack Sullivan) فإن الطب النفسى بوصفه طبيا نفسيا يهتم بمشكلات الفرد الناجمة عن علاقاته بالآخرين ، كما يهتم بمشكلاته في الحياة ، وبالقرار الذى يتخذه فرد ما كى يتقبل الدور الاجتماعى للمريض . ومنذ عام ١٩٦٠ اهتم عدد كبير من مطبوعات « ثوماس زاز » بأنواع معينة من السلوك كالانتحار واللوادة أو الجنسية المثلية وأدمان الكحوليات والمخدرات ، ومثل هذه السلوكيات أصبحت توصف بصفة تقليدية على أنها اضطرابات الخلق ( انظر الفصل السادس ) لكى توطد حق الفرد في اختيار أسلوب حياته الخاص به ( أو حقه في اختيار طريقة موته كما في حالة الانتحار ) .

ويعد تأكيد « زاز » على الاختيار الشخصى مشابها لاهتمام « ويجروكى » (Wegrocki, 1939) بالمظاهر النفسية للمرض العقلى وبالتنظيم الكامل للشخصية . وقد اقترح ويجروكى نفسه أن تكون الاستجابة الهذائية Paranoid الحقيقية ممثلة لاختيار الشذوذ أو اللاسوية ( كآسلوب حياة ) ، وذلك على العكس من السلوك الشاذ الواضح والمحدد اجتماعيا الذى ذكرته « بنيدىكت » (Benedict, 1934) على أنه سلوك الزعيم « هايدا » Haida .

فاذا افترض أن اختيار الفرد لأن يسلك أو يتصرف بطريقة شاذة، أو اختياره لطب العلاج النفسى والبحث عنه قد يتحدد عن طريق مشاعره واحساسه بالضيق الذاتى — اذا افترض ذلك فان كلا من

« زاز » (Szasz, 1960, 1969) و « ويجروكي » (Wegrocki, 1939) و « سكوت » (Scott, 1958) يشير الى الشيء نفسه ، ألا وهو المفهوم الذاتى النفسى للشذوذ أو اللاسوية .

ومن الصعب رفض هذا المفهوم ، ومثله فى ذلك مثل توهم المرض Hypochondriasis فإذا كنت تعتقد أنك أصبت به فأنك — طبقا لتعريفه — مصاب به! وهناك حالات مثل الهوس mania والمناهيم البنائية كالكتب والانكار ونقص التبصر الفعال والتي من شأنها أن تقود الى أنواع من الشذوذ لا تتسم بمشاعر نابغة عن الضيق الذاتى ، ولكن التمتع فى « التنظيم الكلى للشخصية » يمكن أن يزودنا بتأييد ومساندة لوجهة النظر القائلة بأن السلوك الناجم كان — على الرغم من ذلك — اختيارا للشذوذ .

ان الاعتراض الرئيسى على المفهوم الذاتى/ النفسى للشذوذ قد يأتى من قبل المؤيدين للمفهوم الثقافى الاجتماعى ، وقد يؤيده وجود مفهوم كالشخصية المعادية للمجتمع . فمثل هؤلاء الافراد — والمشار اليهم تاريخيا بانسيكوباتيين أو بذوى الشخصية المريضة اجتماعيا — قد يتخذون قرارات معقولة منطقية للسعى وراء أهداف معادية للمجتمع لا يمكن منعهم منها أو الحيلولة بينهم وبين تحقيقها ، والتي من أجلها لا يظهرون ذنبا أو ندما عليها على نحو مميز ( انظر الفصل السادس ) .

### التعريفات الادارية والبحثية

يعد « التعرض للعلاج النفسى العقلى » و « التشخيص النفسى العقلى » — وهما المحكان الباقيان للذان عينهما « سكوت » (Scott, 1958) — أكثر المحكات المستخدمة بصفة متكررة فى البحث فى اللاسوية والمرض العقلى . ولكنهما — كمفهومين للاسوية والمرض العقلى — يستخدمان بهدف التسهيل لا للتفسير أو التعليل .

## التعرض للعلاج النفسى العقلى .

ان معظم الدراسات التى تقيم علاقة متبادلة بين المرض العقلى والخصائص الديموجرافية بل كل الدراسات البيئية (الايكولوجية) تقريبا التى راجعها «سكوت» قد استخدمت الحقيقة القائلة بأن وضع الفرد تحت رعاية طبيب عقلى يعد محكا للمرض العقلى . وفى حين يعد ذلك تعريفا اجرائيا مناسبيا للاهداف البحثية الا أنه يعانى من قصور أساسى فى البرهنة على أن الصحة النفسية والمرض العقلى هما مفهومان جامعان مانعان ، وأنهما فئتان متفرعتان بصورة ثنائية دون وضع شروط مسبقة لدرجات الصحة النفسية والمرض ، كما أن هذا التعريف لا يوفر محكا يستخذه كل من المرضى فى طلب العلاج (انظر : Zola, 1966) ، أو الاطباء النفسيين فى قبول مرضاهم . وفى الحقيقة فإنه لا يذكر شيئا عن طبيعة المرض العقلى أو مفهومه الاساسى .

## التشخيص النفسى العقلى

يمكن التقليل من بعض نواحى العجز والقصور المرتبطة باستخدام التعرض للعلاج النفسى العقلى كمحك للمرض العقلى اذا كان المحك تشخيصا محددا ، فهذا فى الحقيقة ما يقوم الاطباء النفسيون بمعالجته ، والمحكات بالنسبة لمعظم التشخيصات معروفة ، على الاقل فى مصطلحات أو عبارات عامة ، ومن المقبول بصفة شائعة أن بعض التشخيصات ، كالذهان مثلا ، تمثل درجة من الشذوذ أو اللاسوية أعظم من تشخيصات أخرى كالعصاب . ومع ذلك فإن المحكات بالنسبة للتشخيصات العقلية النفسية المختلفة ليست محددة بدقة كافية ، كما أنها ليست مطابقة بصورة متسقة منتظمة تكفى لضمان درجة عالية من ثبات التشخيص . وبالتالي فإن هناك ميلا قويا لدى مختلف الاطباء النفسيين وبشكل غير متناسب الى اعطاء المريض نفسه تشخيصات مختلفة (انظر الفصل الثالث) .

وفضلا عن ذلك فإن التحسن فى النوعية Specificity يرجع الى حقيقة

أن التشخيصات تعتمد على وجود الاعراض النفسية أو على واحد من المحكات الأخرى التي سبق ذكرها آنفاً .

### المفاهيم المتعددة الأبعاد

لقد سبق أن ذكرنا في بداية هذا الفصل أنه يمكن القيام بالتمييز بين نوعين من المحاولات التي هدفت إلى تعريف اللاسوية أو الشذوذ. وقد ذكرنا هناك أن من هذه المحاولات ما ذكر محكات المرض العقلي وما ينبغي أن تكون عليه . ومنها ما حاول أن يعرف المرض العقلي كما هو مسلم به حالياً . وقد اتضح مما سبق أنه ليس هناك مفهوم وحيد للاسوية يعد محكاً مرضياً بالنسبة للصحة العقلية أو المرض العقلي .

وقد لاحظ «سكوت» (Scott, 1968) عدم تلاؤم المفهوم البيولوجي في التعامل مع «الوقائع والحقائق» ، وقد لاحظت الرابطة الأمريكية للطب النفسي حين قامت بتنقيح نظامها التصنيفي خلال السنوات الأخيرة من السبعينيات (Spitzer, Sheehy & Endicott, 1977, p. 4) الطبيعة متعددة المتغيرات للمرض العقلي :

« أن كل الأحوال التي تضمنها الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث DSM-III — في مجملها — على أنها اضطرابات عقلية تشترك في الخصائص والملامح الآتية : تطرف صيغتها أو تطورها بشكل تام ، كما أنها ترتبط مباشرة إما بالأمى والصيق والألم أو بالمعز ، فإذا انعدم هذان الاخيران فأنها ترتبط بقصور في التغلب على المشكلات البيئية التي لا يمكن تجنبها أو تحاشيها » .

أن مفهوم كل من الصحة النفسية والمرض العقلي يعكس أحكاماً نابعة من قيم اجتماعية ، تلك الأحكام التي تعتمد على واحد أو أكثر من المظاهر الثلاثة الأساسية — البيولوجية والنفسية الاجتماعية —

للمسلوك الانساني ، وهما بناء على ذلك يعدان مفهومين متعددي الابعاد والجوانب .

ولقد أدرك «ويجروكي» (Wegrocki, 1989) الحاجة الى أكثر من مفهوم واحد في تفسير الممارسات الطبية النفسية الموجودة ، ولكنه مال الى رؤية المفاهيم المختلفة بوصفها فاصلة مفرقة أو بوصفها بدائل . ولكن «سكوت» (Scott, 1958) — في اقتباسه لكلوزين (Clousen, 1956) — رأى المفاهيم المختلفة بوصفها مترابطة ومتحدة تستخدم معا في الوقت نفسه .

وقد أيد «سرول» (Srole, 1968) نموذج المرض العقلي الذي يضم محكات سوء التوافق الاجتماعي والضيق والأسى الذاتى كما هو موضح في شكل (١:١) . وكما أشار «سرول» فإنه لا مجال للتساؤل عن الحالة العقلية للناس الواقعيين في الخليتين (أ) ، (د) ، إذ ان من يقومون في الخلية (أ) يجتمع لديهم كل من محكى اللاسوية ، على حين لا يناسب من يقومون في الخلية (د) أيا من المحكين . أما بالنسبة للبقية الباقية فان من يقع من الناس في الخلية (ب) فإنه من الممكن أن يكون منتهكا للمعايير الاجتماعية دون أن يشعر بأى ألم أو أسى أو ضيق ، ومن يقع منهم في الخلية (ج) فإنه قد يحمل مشاعر الالام والاسى . لكنه برغم هذا مطابق للمعايير الاجتماعية . وان قبول من يقومون في كل من

ب	أ
د	ج

+

أداء وظيفى يتميز  
بالملاقات المبالطة  
بين الأشخاص

-

- . +

أداء وظيفى نفسى

شكل ١ : ١ نموذج ثنائى الابعاد للصحة النفسية والمرض العقلي  
كما أوجزه «سرول» (Srole, 1968)

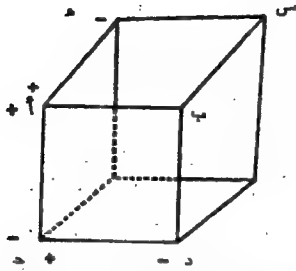
الخلايا الثلاثة (أ) ، (ب) ، (ج) على أنهم يتسمون بالمرض العقلي قد يتضمن الاقرار بأنموذج فاصل مفرق ، في حين أن قبول من يقعون في خلية (أ) فقط قد يتضمن — على كل حال — أنموذجا موحدًا .

ولقد أخذ «زوبين» (Zubin, 1967) في اعتباره كل النقاط المذكورة أعلاه . كما أن «ويجروكي» (Wegrocki, 1939, p. 171) قد أدرك مظاهر السلوك الثلاثة التي أكد عليها في هذا النص :

ليست اللوامة أو اشتها المائل نوعا مماثلا لذهان الاضطهاد أو العظمة كاستجابة عقلية ناشئة عن مرض ، بل هي في الحقيقة ليست استجابة عقلية ناشئة عن مرض على الإطلاق .  
وان شذوذ اللوامة لينشأ في مستوى مختلف ، وهذا المستوى اجتماعي وبيولوجي على الاصح لا نفسى .

ولكن ربما كان استخدام «كولز» (Coles, 1975) لهذه المظاهر الثلاثة للسلوك في بناء أنموذج للصحة النفسية أكثر وضوحا وجلاء ، والذي يعد امتدادا لأنموذج «سرول» (Srole, 1968) .

وقد قام «كولز» (Coles, 1975) بتوسيع أنموذج «سرول» للصحة النفسية والمرض العقلي حيث ضمنه المفهوم البيولوجي للاسوية أو الشذوذ ليؤسس بذلك فرعاً ذا أبعاد ثلاثة كما هو موضح في شكل (٢:١) . وقد سلم بأن الفئات التشخيصية الموجودة قد أسست على متغيرات اضافية كالأزمان Chronicity وتتنوع الاسباب ... الخ ، بالإضافة الى الأبعاد الثلاثة العامة المستخدمة في الانموذج . ولكنه اقترح برغم ذلك امكانية تعيين معظمها داخل الفراغ الثلاثي الأبعاد والمحدد هكذا : فعلى سبيل المثال : يمكن تعيين الامراض الذهانية عند «ص» ، كما يمكن تعيين موضع الاضطرابات العصبية داخل المثلث المحدد بـ «د» ، «ع» ، «س» مع الموضع المحدد الذي تقرره درجة الضعف



شكل (٢:١) أنموذج ثلاثي الأبعاد للصحة النفسية  
والمرض العقلي كما وضعه «كولز» (Coles, 1975)

الاجتماعي والبيولوجي ( إذ يمكن للمستيريا على الأرجح أن تكون أقرب إلى « د » ، كما يمكن للاكتئاب العصبي أن يكون أقرب إلى « ع » ) ، أما الشخصية المعادية للمجتمع والسلوك الإجرامي فإنه يمكن تعيين موضعهما عند « ج » ، وأما « هـ » فمن الممكن أن تمثل هذه الاضطرابات التي توجد لها أعراض بيولوجية فقط ، على حين يمكن أن تمثل « أ » صحة تامة .

ويفهم ضمنا من مفهوم «كولز» المتعدد الأبعاد افتراض مفاده أن « الصحة النفسية » مفهوم متحد ومترابط *Conjunctive* ، إلى حد أنه يعد عاديا ، بمعنى أنه صحي إلى حد يرضى كل محكات السوية ، بينما « المرض العقلي » مفهوم مفرق فاصل *disjunctive* يستلزم الوفاء بأي محك واحد من محكات اللاسوية أو الشذوذ .

ان تضمين المفهوم البيولوجي يقدم مفهوما أكثر شمولية ، وهو مفهوم يتطابق مع الممارسة الطبية النفسية الحالية ، ولكن هذا التضمين يفعل ذلك على حساب التمييز الواضح بين المرض العقلي والمرض البدني . ويرجع السبب في ذلك — كما سنشاهد في الفصل الثاني —

الى أن الممارسة الحالية لا تفرق تفريقا واضحا بين الاضطراب وأعراض ذلك الاضطراب ولا سببه كذلك ، اذ ليس من الواضح — مثلا — ما اذا كان « البرد العام » يعد وجودا لفيروس البرد في جهاز المريض ، أو في أنفه السائل ، أو في الصداع ، أو العطاس ... الخ ، كما أن الفصام يحدد عادة على ضوء أعراض معينة يمكن ملاحظتها ، ومع ذلك فإن الاطباء النفسيين قد تقبلوا مفاهيم مثل الفصام الكامن ، والفصام الذى عولج وتحسن ، وهى مفاهيم اعتمدت على أساس من استنتاج وجود الاضطراب في غياب أعراضه التى يمكن ملاحظتها .

ويمكن فقط نقادى هذه المشكلة اذا عودل البعد البيولوجى بعمليات عقلية «موضوعية» كالادراك ، والتفكير ، وهى أنواع من الشذوذ ترتبط غالبا باصابة عضوية فى المخ ( انظر فصل ٤ ، ٧ ) وكذلك اذا فسر البعد النفسى بصورة ضيقة على أنه ألم أو أسى أو ضيق ذاتى كما توضحه اضطرابات العمليات الانفعالية أو الوجدانية . ان القيام بذلك على كل حال قد يعنى عدم تعامل هذا النموذج من الآن فصاعدا مع الابعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية ، ولكن تعامله مع العمليات المعرفية والوجدانية والنزوعية . كما أنه لن يتوافق مع الممارسة الاكلينيكية الحالية .

### المرض العقلى واللاعقلانية

قام «سكوت» (Scott, 1958) فى الصفحات الاخيرة من نقده ومراجعته بالتأمل فى السؤال القائل : هل يرجع المرض العقلى الى مفهوم وحدوى Unitary ( ذى بعد واحد ) أو الى تجمع مصطنع من الاضطرابات النوعية المختلفة أساسا ؟ وقد يبدو مما ذكر سابقا أنه اذا قمنا بالتمييز بين اللاسوية والمرض العقلى فان المرض العقلى يرجع اذن الى تجمع مصطنع من الاضطرابات النوعية المختلفة بصورة أساسية . ولكن الاجابة عن هذا السؤال تعتمد فى الحقيقة على الكيفية التى تعرف بها «الاضطرابات» .



أن الأبعاد البيولوجية والاجتماعية والنفسية ليست مجرد مظاهر مختلفة للسلوك الانساني ، اذ يمكن كما أشار «ويجروكي» (Wegrocki, 1939) اعتبارها ممثلة لمستويات مختلفة من تحليل السلوك . فتأكد كل من «ويجروكي» و «زاز» (Szasz, 1969) على الاختيار الشخصي — على سبيل المثال — قد سبق اعتباره كما أسلفنا على أنه يقدم أساسا تصوريا للمحك السادس للمرض العقلي والذي قدمه «سكوت» (١٩٥٨) وأطلق عليه الألم أو الاسى أو الضيق الذاتي Subjective distress . ولكن من الممكن البرهنة على أن الاختيار الشخصي هو في حد ذاته المحك الأساسي للمرض العقلي ( انظر مثلا : Brajer et al., 1969 ; Ellis, 1962 ) واصحاب النظريات الآخرون الذين عرضت آراؤهم في الفصل ١٠ ) وأن علم الامراض البيولوجية ، وسوء التوافق الاجتماعي والألم أو الاسى أو الضيق الذاتي هي اما وسائل مختلفة لجمال المفهوم الاساسي للاختيار الشخصي موضوعيا ، أو أنها تقدم البيانات والمعلومات الخاسمة التي يستنتج الاختيار الشخصي بناء عليها . كما يمكن انظر الى الامراض البيولوجية كاصابة المخ والاضطرابات الايضية ، وما يحدث من نقص في الفيتامين ( انظر الفصل ٧ ) على أنها تسبب في الاختيار اللاسوي ، وعلى أن سوء التوافق الاجتماعي اظهر لهذه الاعراض ، أما المشاعر الذاتية المتعلقة بالألم أو الاسى أو الضيق فهي نتائج مترتبة على هذه الامراض . وان مثل هذا التأكيد على الاحداث السلوكية والفيزيولوجية الموضوعية بدلا من المفاهيم العقلية يتسق بالتأكيد مع المطاولات النفسية لتصبح علما موضوعيا خلال السبعين سنة الماضية ( انظر : Bacan, 1965 ) .

فالإجابة اذن عن سؤال «سكوت» (١٩٥٨) تعتمد على ما اذا كان الاضطراب يعد العرض المرضي البيولوجي الذي يجعل بحدوث قرار شاذ ، أو القرار الشاذ ، أو سوء التوافق الاجتماعي والاسى والضيق الشخصي الدالين على هذا القرار يصفتهما عرضين من أعراضه ، وكما

سنشاهد في فصول قادمة ، فقد أقرت كل الافتراضات أو النظريات •  
ويكفى في الوقت الحاضر أن نسجل ما لاحظته «امانويل كانت»  
Immanuel Kant ( انظر : 183, 1977, p. Meichenbaum ) من أن :

« الخاصية الوحيدة الشائعة في كل الاضطرابات العقلية هي  
فقدان الفطرة السليمة أو الحس المشترك common sense  
والانتمية التعويضية لشعور شخصي فريد (حسى شخصي) من  
التفكير » •

كما يكفي أن نلاحظ عبارة « مور » (Moore, 1975, p. 1493) من :  
« أن الجنون والمرض العقلي يعنيان اللاعقلية وعدم المنطقية،  
وقد عنيا ذلك تاريخيا • فكون المرء مضطربا مجنوناً أو مريضاً  
عقلياً لا يعنى تصرفه بمعقولية أو منطقية تكفى غالباً لتوفر  
افتراض المعقولية ذاته بالنسبة له كما نفترضها بالنسبة لمعظم  
الآدميين • كما أن غياب مثل هذا الافتراض من المعقولية  
لا يمكن المرء من أن يكون محترماً احتراماً كاملاً كقرء » •  
فمعلى الرغم من أن « المرض العقلي » Mental Illness

يعد حكماً نابعا من قيمة اجتماعية اعتماداً على البيانات والحقائق  
البيولوجية والثقافية الاجتماعية و/أو النفسية ، فإنه يمكن أن يكون  
كذلك استنتاجاً أو استدلالاً على اللاعقلية وعدم المنطقية نستنتج من  
تلك البيانات والحقائق •

### قياس الصحة النفسية والمرض العقلي

تستلزم عملية القياس استخدام واحد من أنواع أربعة من  
المقاييس : المقياس الاسمي والمقياس الترتيبي ، ومقياس الفئات ،  
والمقياس النسبي (Stevens, 1951) ، وهذه الانواع الاربعة قد  
استخدمت كلها في قياس المرض العقلي •

## القياس الاسمي

يقوم القياس الاسمي Nominal ببساطة بتحديد أنواع المرض العقلي ، بحيث يقدر الدرجات بـ «نعم» و «لا» بدلا من «أكثر» أو «أقل» . ويتميز هذا النوع من القياس باستخدام اجراءات التقدير الاكلينيكي الاعتيادية التي تستلزم المقابلة الطبفسية (السيكياترية) ، بالاضافة الى مجموعة من المصطلحات والرموز التشخيصية الرئيسة ( انظر فصل ٢ ، ٣ ) التي تتعلق كلية بوجود الاضطرابات المذكورة أو غيابها .

ولكن هناك من الاوقات غالبا ما يكون الحصول فيها على قياس الدرجة أمرا ضروريا ، بينما لا تسمح بذلك معرفة وجود الاضطراب أو عدمه فحسب . فمثلا عند تقييم فعالية اجراء علاجي ( انظر الفصل ١٤ ) قد يكون من الضروري مراقبة التغير في حالة مريض معين أثناء فترة العلاج ، كما قد يكون ضروريا في التخطيط لمنشاء للرعاية الصحية أن تثبت الحاجة النسبية لعلاج المرضى في مناطق جغرافية مختلفة ، ففي ظل هذه الظروف قد يصبح من الضروري أن نطور مقياسا ترتيبيا Ordinal على الاقل .

## القياس الترتيبي

قام « وايلر ، ماسودا ، هولز » (Wyler, Masuda & Holmes, 1968, 1970) معتمدين على عمل « راهي ، هولز » وغيرهما (Holmes & Rahe, 1967 ; Rahe et al., 1970) في العلاقة بين المرض وضغوط الحياة ( انظر فصل ٨ ) باستخدام مفهوم « خطورة المرض » لترتيب ١٢٦ مرضا من الامراض المعروفة . ولقد سلموا بصعوبة تحديد «خطورة المرض» وتعريفها، بصفتها «الفكرة الكلية الجشثالتية للمرض» والتي اشتملت على عوامل مثل المآل Prognosis الذي يحتمل أن يتخذه المرض، وكذلك مدة المرض وتهديده لحياة المريض، بالاضافة الى كل من درجة العجز ودرجة المشقة ، وفي الواقع لقد تركوا المحكات المعنية لرأى

مقديريهم الذين قاموا بالعمل معهم . فلقد طلبوا من ١١٧ شخصا من الاشخاص المدرسين تدريبا طبيا و١٤١ شخصا آخر من المدرسين تدريبا غير طبي أن يقوموا بتقدير كل مرض من الامراض المستخدمة مقياسا من النوع المفتوح النهاية Open-ended ذا صلة بمرض قرحة المعدة، والذي أعطى قيمة تحكيمية مقدارها ٥٠٠ ، ولم يكن هناك من تعليمات سوى :

« قم من فضلك بتقدير كل مرض من الامراض المثبتة في القائمة الآتية طبقا لخطورتها النسبية . استخدم في تقديرك لهذه الامراض كل ما لديك من خبرة حيثما أمكن تطبيق ذلك . استخدم كذلك ما تعلمته في (تصورك) لما تكون عليه حالة الآخرين ( المصابين بأحد هذه الامراض ) . حاول بكل جهد أن تعطى رأيك في الدرجة المتوسطة لخطورة كل مرض لا في درجة خطورته الشديدة . علما بأنه ليست هناك اجابة صائبة أو خاطئة في هذا التقدير » .

وهذا الاجراء يتسق مع تعريف الصفة والمرض باعتباره حكما نابعا من قيمة ما ، ومن خلال الحصول على الاراء الذاتية لمجموعة من الناس فيما يتعلق بالحالات الحيوية انعصويه Biophysical فان هذا الاجراء يشتمل على الابعاد الثلاثة للمفهوم . ولكن نقطة الضعف الاساسية فيه هي أنه — عند تجاهل مدى الخطورة التي يقدمها كل مرض — لا يمكن استخدامه للحصول على تقديرات فردية داخلية يحاول الفرد فيها مقارنة التغير الذي يحدث بمرور الوقت في حالة فرد معين . كما أن هناك امكانية يحتمل حدوثها : وهي أن مرضا ما من الامراض البسيطة في صيغتها قد يكون عاليا في رتبته التي حصل عليها من حيث خطورته المقدرة ، ولكن من الجائز أن يكون هذا المرض في الحقيقة أهمل خطورة من مرض حاد في صيغته ذي مرتبة أخفض من حيث خطورته المقدرة .

وفضلا عن ذلك فإن المقياس الاسمى — من حيث كونه مقياسا اسميا متصل بالامراض لا بالناس على الاصح — لا يسمح بمقارنة الحالة النسبية لفرد ما يعانى من اضطراب واحد خطير جدا بحالة فرد آخر يعانى من اضطرابين أقل خطورة .

### قياس الفئات

لقد حصل «هينكل» وآخرون (Homes & Rahe, 1967) على مقياس فئات Interval measurement وذلك عن طريق التفريق بين « خطورة المرض » seriousness و « قسوة المرض » Severity ومن خلال وضع محكات اجتماعية وبيولوجية دقيقة وقد قاموا (ص ٣٣١) بتعريف خطورة المرض بأنها « الاحتمال القوى بأن سلسلة أحداث المرض أو أدواء الثانوية التالية سوف تؤدى الى موت الفرد اذا لم تعالج ، كما استطاع «هينكل» وغيره أن يعطوا هذا التعريف صفة الموضوعية بتقدير الاحتمالات البوابة . وقد قاموا كذلك بتعريف قسوة المرض بأنها « درجة العجز » — أى مدى عجز الفرد عن القيام التسام بدوره الاجتماعى والمحافظة على وظائفه البدنية العادية — التى قيمت بعدد الايام التى انقطع فيها عن عمله .

### قياس النسبة

طبقا لما أشار اليه «كولز» (Coles, 1975) إذا كان مفهوم الصحة يعتمد على نموذج مترابط متحد يعد فيه الفرد مريضا حين يتجاوز المحك فى أى متغير من المتغيرات الوثيقة الصلة فإنه من المنطقى حينئذ أن يكون المقياس الوحيد الصادق لدرجة الصحة والمرض هو عدد المتغيرات الوثيقة الصلة التى تكون فوق مستويات المحك أو تحته . فهذا مقياس نسبة Ratio . وتبعا لمدى ما لاحظوه من عدد الاعراض الموجودة فإن المقياس النسبى هو أساس معظم الاستخبارات السيكلوجية والطبية

النفسية وقوائم التقرير الذاتى كقائمة مينيسوتا متعددة الواجه  
للمشخصية (Hathaway & Mckinley, 1940, 1943) MMPI •

وفى تأمل المشكلة من طرفها الآخر بجوانبها المحددة — والذي  
يتمثل فى تقييم آثار العلاجات الطبية النفسية بدلا من التشخيص —  
لا يشير « سترب ، هادلى » (Strupp & Hadley, 1977) الى مظاهر  
السلوك أو أبعاده ، بل الى الاطراف المهتمة كالمجتمع والفرد المريض  
بالإضافة الى اخصائى الصحة النفسية • وتبعا لذلك فقد اقترح  
« سترب ، هادلى » مقياسا لحالة الصحة النفسية يبدأ من : « فرد  
تسير وظائفه سيرا حسنا ، متوافق ، فى صحة نفسية مثالية » ، الى  
« مريض عقليا بوضوح » • وطبقا لعدد الاحكام (الآراء) الايجابية التى  
تلقاها من الاطراف الثلاثة المهتمة بالمسألة فقد أشارت ثلاثة آراء  
ايجابية الى صحة نفسية أمثل ، وأشارت ثلاثة آراء سلبية الى مرض  
عقلي واضح •

وفى اعتبار حالة الفرد ووضعه — على العكس من طبيعة الامراض  
والاضطرابات المعينة كما فعل « سترب ، هادلى » (١٩٧٧) — هناك  
احتمال بأن تعوض جوانب القوة فى أحد المجالات عن جوانب الضعف  
فى مجال آخر • فالمهارات الاجتماعية الجيدة مثلا قد يمكنها التعويض  
عن مشاعر القلق الذاتية • وبطريقة تبادلية : قد تقرر سمة شخصية  
معينة ما اذا كان فرد ما سوف يتخذ دور المريض على حين أن شخصا  
آخر — مبتلى بالاضطراب ذاته — يحيا حياة عادية • ولم يفكر  
« سترب ، هادلى » فى هذا التفاعل الممكن • فعلى الرغم من أن جمع  
عدد الاعراض لتقديم مقياس للصحة والمرض قد يكون أمرا ذا معنى  
وهدف ، فإن الجمع البسيط لثلاثة تقديرات مختلفة عن الصحة يعد  
تبسيطا زائدا للقضية • ولكن هناك مشكلة فى كلا المحاولتين لوضع  
مقياس للصحة النفسية/والمرض العقلى عن طريق تدوين عدد المتغيرات  
الوثيقة الصلة التى تقع تحت مستوى المحك ، وهى أن ذلك مناقض

للاستخدام والفهم العاديين • فالفطرة السليمة تدرك أن الفرد الذى يعانى من اضطراب واحد خطير كالسرطان أو الاكتئاب الذهائى هو أقل صحة من فرد يعانى من اضطرابات بسيطة متعددة كسوء الهضم ، وظفر القدم الخارز فى اللحم والصداع • فمقاييس التقدير وتلك الاستخبارات التى تتطلب ممن يجيب عنها أن يسجل تكرار وقوع العرض أو مداه بدلا من وجوده أو عدم وجوده فقط ( انظر الفصل الثالث ) تحاول التعامل مع هذا البعد من المفهوم بإعطاء درجة عالية للحالة الأكثر قسوة وخطورة أو الأكثر تكرارا وترددا •

### مشكلات مفاهيمية

سوف نعود الى مسألة قياس الصحة النفسية/والمرض العقلى مرة أخرى فى الفصل ١٤ عند النظر فى تقييم فعالية العلاجات النفسية الطبية ، ولكن عمل «سترب ، هادلى» (Strupp & Hadley, 1977) قد ألقى ضوءا قويا على مشكلة مفاهيمية أساسية •

وفى العلاج الطبى النفسى هناك ثلاث وحدات مختلفة من القياس أو ثلاثة مستويات من التحليل وهى : السلوك ، والناس ، والأمراض • ومفهوم الصحة/أو المرض انما هو استدلال أو استنتاج عن الشخص يعتمد على ملاحظة السلوك و/أو الأمراض • ومن وجهة نظر كل من العلاج والبحث العلمى ينبغى أن ندرك أنه على الرغم من امكانية قياس درجة كل من اللياقة البدنية والتوافق الاجتماعى ، والأسى أو الضيق الذاتى بل حتى عدد الأعراض والشكاوى فان قياس درجة الصحة — نفسية كانت أو بدنية — أمر غفل من المعنى والمداول •

فما لم يتم تعيين محك ما فان التساؤل عما اذا كان فرد ما أكثر أو أقل صحة من فرد آخر يشبه التساؤل عما اذا كانت البرتقالة أكثر أو أقل «فلكمية» من التفاحة • فاذا تم تعيين محك فان الشيء الذى

يقاس حينئذ ليس هو الصحة بل أحد مظاهرها ، فالصحة كمفهوم  
هى مثل الحمل أو الحب : اما أن تكون سليما صحيحا أو لا تكون ،  
ولا يمكن للفرد أن يكون فى حالة وسط بينهما •

كذلك فانه ينبغى أن نلاحظ أنه عند قياس الابعاد المختلفة للصحة  
— اذا كان الاستقلال مطلوبا الى أقصى حد — فانه من المهم أن تقاس  
هذه الابعاد عن طريق « أطرافها أو فرقائها الخاصين المهتمين » • أن  
الممارسة الاكلينيكية والبحثية الشائعة التى تطلب من المريض اكمال  
استخبار أو قائمة عن المشاكل البدنية و/أو الاجتماعية تسفر بشكل  
ثابت عن الاقتدار والكفاءة النفسية التى تزودنا بالمصدر الرئيس  
للتباين • وهذا واضح من طريق قائمة مينيسوتا متعددة الوجة  
للشخصية ، فان العامل الاول فى هذه القائمة ، والذى يتكون من  
تسعة وثلاثين بندا حددها «ويلش» (Welsh, 1956) بأنها المصدر  
الرئيس للتباين المنتشر خلال أكثر من ٥٥٠ بند من بنود المقياس  
الاكلينيكية الاساسية • كما يتضح ذلك من مراجعة «جينكينز ، ليكين»  
(Jenkins & Lykken, 1957) لمقياس «تايلور» للقلق المريح MAS  
والذى لاحظا فيه أن هذا المقياس الاخير يقيس متغيرا سماه «آيزنك»  
Eysenck باعصابه ، ووصفه «جينكينز ، ليكين» بأنه ميل الفرد الى  
اعتبار نفسه مريضا عقليا • وهذا الاستقلال موجود — على الاقل من  
الوجهة النظرية — فى الاجراء المعيارى للتشخيص الطبى النفسى ،  
والذى أوجزناه فى الفصل الثالث •

### ملخص واستنتاجات

يعرف « المرض العقلى » ، طبقا لتعريفه حاليا من قبل الممارسة  
الطبية النفسية ، بأنه مفهوم متعدد المتغيرات بحيث يدمج بيانات  
وحقائق بيولوجيه ، واجتماعية وثقافية وسيكولوجية ، فهو فى حد ذاته



لا يميز تمييزا واضحا بين المرض العقلي والبدني . فإذا وجد مثل هذا التمييز فإنه يمكن تعريف المرض العقلي بأنه حكم نابع من قيمة تتعلق بالحاجة الى تدخل للتصحيح يعتمد على كل من الخواص النوعية والكمية لسمات الفرد الاجتماعية و/أو السيكولوجية مع انعدام جوانب الشذوذ البيولوجية العضوية المعجلة بحدوثه .

وهذا التعريف يسمح بايجاد فارق مميز بين المرض العقلي والاجرام . وعلى الرغم من تسليم هذا التعريف بأن السلوك الاجرامى يمكن أن يكون عرضا دالا على المرض العقلي ، شأنه في ذلك تماما شأن الشذوذ العقلي الذى يمكن أن يكون عرضا دالا على المرض البدني ، فإن هذه التفرقة تعتمد بصفة جوهرية على مدى ارتباط السلوك بالمعقولية والتحكم الارادى ( انظر الفصل السادس ) : فسلوك المرض العقلي يعد غير منطقي ولا معقولا ، على العكس من السلوك الاجرامى الذى يعد مظهرا للنية الارادية الواعية وكاشفا لها .

أما فيما يتعلق بالقياس فإنه من الممكن قياس درجة اللياقة/السلامة البدنية ، ودرجة التوافق الاجتماعى ودرجة الأسى أو الضيق الذاتى ، كذلك فإنه يمكن قياس قسوة المرض وخطورته . ولكن نظرا لطبيعة المفهوم فإنه لا يمكن قياس درجة الصحة .



## الفصل الثاني

### التصنيف التشخيصي

هناك مثل قديم يقول بأن « الدليل على حلاوة الحلوى يكمن في تذوقها » ، وإذا صدق هذا المثل فإن البرهان الاساسى - اذن - لعلم النفس المرضى يجب أن يكمن في العلاج الناجح للسلوك الشاذ أو غير السوى . ولكن هذا العلاج الناجح في مجالات الاختصاص الطبية يعد بشكل مثالى معتمدا على ادراك السبب ( أو الاسباب ) ومعرفته . وكما أشار «أيزنك» (Eysenck, 1961, p. 1) :

قبل التمكن بصورة معقولة من أن يطلب منا البحث عن السبب في اضطراب أو اختلال وظيفي معين يجب أن نكون قد عزلنا الاختلال الوظيفي أو الاضطراب الذى هو مغل للتساؤل ولو كان ذلك بطريقة غير كاملة ، كما يجب أن نكون قادرين على معرفته وادراكه وتمييزه من الزمات Syndromes الاخرى .

أو كما عبر كاتل (Cattell, 1940) عن ذلك ببلاغة واحكام :  
« ان تصنيف الامراض يسبق بالضرورة معرفة أسبابها المتنوعة » .

وقبل مناقشة أسباب اللاسوية والمرض العقلى في الفصول من ٧ - ١٠ ، ثم بعدئذ مناقشة طرق العلاج في الفصول من ١١ - ١٤ سوف يتحتم اذن مناقشة المحاولات التى بذلت لتحديد أنواع المرض

العقلية المختلفة وعلاقاتها بعضها ببعض ، أى بعبارة أخرى ، مناقشة تصنيف الامراض العقلية . وسيقدم هذا الفصل بايجاز القواعد العامة للتصنيف التشخيصي ، كما سيقوم بوصف البرامج التصنيفية الرئيسية المستخدمة في العالم المتحدث باللغة الانجليزية . وسيكون لهذا الفصل هدف ضمنى يتمثل في الايضاح بأن مثل هذه البرامج التصنيفية لا يمكن الحكم عليها بأنها صحيحة أو خاطئة ، ولكن يكون الحكم عليها بقدر تحقيقها لأهدافها المذكورة .

### التصنيف التشخيصي

في دراستنا واعتبارنا للتصنيف التشخيصي هناك أربعة مصطلحات ينبغي تعريفها ، وهى :

- التصنيف في حد ذاته Classification
- مجموعة المصطلحات أو الرموز Nomenclature
- علم تصنيف الامراض Nosology
- علم التصنيف Taxonomy

فالتصنيف هو عملية التقليل من تعقد الظواهر بترتيبها في فئات طبقا لبعض المعايير الموضوعة لهدف واحد أو أكثر «سبيتزر ، ويلسون» (Spitzer & Wilson, 1975) ، فالاشياء المختلفة المصنفة والقابلة للتمييز حين تجعل متساوية فانها تجمع في فئات . كما يستجاب لها من حيث انتماؤها الى الفئات على الاصح لا من حيث تفردتها بذاتها حيث انتماؤها الى الفئات (Bruner, Goodnow & Austin, 1956) وبناء على ذلك فان التصنيف شكل من أشكال تكوين المفهوم ، يستخدم كلما بذلت محاولات للسيطرة على البيئة . وهو أساس اللغة ، فكل الاسماء تقوم بتعريف الفئات . وهو سمة للمراحل الاولى في كل علم ، والتي يقوم خلالها الباحثون بمحاولة ترتيب بياناتهم عن طريق تصنيف ملاحظاتهم (Wolf, 1929, Martin, 1977)

أما أسماء الفئات أو المراتب التي تم تأسيسها ووضعها عن طريق البرنامج التصنيفي فإنها تسمى « مجموعة المصطلحات أو الرموز » .  
ففي حين قد يقوم البرنامج التصنيفي باستخدام قواعد معينة تشير إلى كيفية انتساب مراتبها أو فئاتها المتنوعة إلى بعضها بعضا ، فإن مجموعة المصطلحات والرموز هي مجموعة تحكمية من المصطلحات الفنية (Spitzer & Wilson, 1975) .

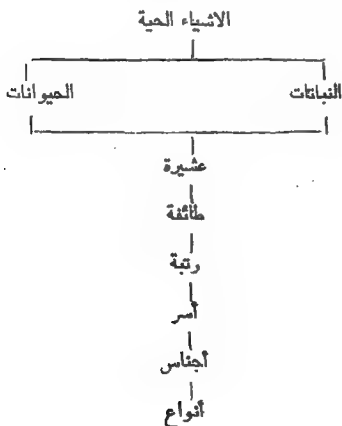
ومن ناحية أخرى فإن « علم تصنيف الأمراض » هو نوع معين من التصنيف ، أنه تصنيف الوحدات المرضية Disease entities في الطب (Spitzer & Wilson, 1975) . أما دراسة المبادئ العامة للتصنيف فهي العلم الذي يبحث في التصنيف ، أو « علم التصنيف » .

والتصنيف في أبسط صورة يعمل كنظام لحفظ الأوراق وترتيبها (Jellinek, 1939) ، فهو مجموعة تحكمية من النعوت والبطاقات التي تتيح التعامل مع البيانات والحقائق براحة وسهولة ، كما تيسر عملية التواصل ، ولكنه لا يضيف شيئا إلى فهمنا للظواهر المصنفة .  
وكمثال لهذا النظام التصنيفي الأساسي قام شاكو (Shakow, 1968) بذكر زميل قام بترتيب الكتب على الأرفف طبقا للون غلافها ، ولقد كانت نتيجة هذا الترتيب سارة من الناحية الجمالية ، ولكنها من الناحية الفكرية كانت عقيمة غير مثمرة .

ويحاول التصنيف العلمي الذهاب إلى ما وراء نظام ترتيب الأوراق والمطبوعات باستخدام النعوت والبطاقات التي تتضمن علاقات معينة بين الفئات المختلفة . كما تتضمن سمات لا تبدو فورا ( بشكل مباشر ) من البيانات والحقائق القابلة للملاحظة . فمثل هذا النظام التصنيفي ييسر استيعاب الظواهر والسيطرة عليها (Howells, 1970 ; Draguns & Phillips, 1971 ; Spitzer & Wilson, 1975) . وكما أشار

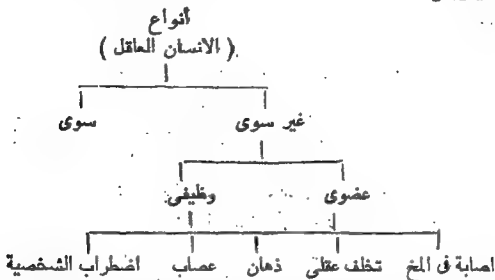
«جيلينيك» (Jelinek, 1939) ، فان هذا النظام « هو نتيجة الفهم العميق ، بل انه يعد حتى مصدرا لفهم أعمق » .

فالبرامج التصنيفية ومجموعات الرموز والمصطلحات في الطب النفسى قد مالت الى اظهار المفاهيم الحالية للاسباب المتنوعة للأمراض، وهذه المفاهيم قد أصبحت بيولوجية على نحو مميز . لقد اعتمدت على الافتراض الضمنى الذى مفاده أن مرضا ما هو وحدة قابلة للتعبين والاثبات ، وقد وجد بفعل الطبيعة(\*) ، وأن عمل العالم فى بناء برنامج تصنيفى كان اكتشاف المعادلة أو الصيغة الطبيعية لخالق العالم . وربما كان تصنيف الاشياء الحية الذى قدمه «لينايوس» (Linnaeus, 1707-78. هو أفضل مثال لذلك :



(\*) هذا من وجهة نظر المؤلف (المترجم) .

ويعمد الانموذج الاساسى للطيب النفسى امتدادا لتصنيف  
«لينايوس» :



وهذا النوع من البرنامج التصنيفى قد أشير اليه بأنه «طبيعى» على العكس من «التصنيف الصناعى المتكلف» الذى لا يرتب المعلومات والبيانات طبقا لما يفترض أن يكون فئات طبيعية من صنع الله أو الطبيعة ، فالتصنيف الطبيعى مكتشف ، أما التصنيف الصناعى المتكلف فهو مخترع (Welf, 1929 ; Brill, 1974) . ولكن على كل حال ، قد يقبل قليل من الناس اليوم هذا الفارق المميز . ان الاجماع الحالى هو أن كل التصنيفات ، حتى ذلك التصنيف الاساسى جدا الذى يصنف (الحالات) الى «مرض» و «ليس مرضا» هى تصنيفات صناعية غير طبيعية (Draguns & Phillips, 1971 ; Spitzre & Wilson, 1975) . كما أدرك الناس الطبيعة الصناعية للتصنيف فقد أدركوا أن الانموذج البيولوجى ليس الانموذج الوحيد لتصنيف الامراض العقلية . ويعمد «ثوماس ساس» Thomas Szasz ، الطبيب النفسى الأمريكى من بين من اشتهروا بنقد الانموذج البيولوجى ، اذ تعد تحليلاته لعملية التشخيص الطبى النفسى جديرة بالدراسة والمناقشة الخاصة .

#### ثوماس ساس

هناك ثلاث نقاط أساسية فى تنظير «ساس» أو وجهة نظره :

أولا : قدم (Szasz, 1969) اقتراحا بأنه ينبغي أن نفرق بين المرض ، كحالة بيولوجية ، وبين دور المريض كحالة أو وضع اجتماعي .  
 ثانيا : أنه يؤكد بالدليل والحجة على أن الطب النفسى مصنف بطريقة غير ملائمة تحت الطب . ثالثا : يعد «ساس» (Szasz, 1960) الطب النفسى مهتما بالانحراف عن بعض المعايير النفسية الاجتماعية والخلقية ، وأن الطبيب النفسى يمثل فحسب الدور الطبى ، فهو فى الواقع مفسر للقواعد والاحكام الخلقية ، ومميز للقوانين والتوقعات الاجتماعية .

فالطب النفسى بالنسبة لـ «ساس» (١٩٦٠) يرجع الى ذلك النظام المعاصر الذى يهتم بالمشكلات فى المعيشة والحياة ، وهو ينكر وجود شئ « كالمرض العقلى » . وقد أشار الى أن فكرة «المرض» العقلى قد استمدت دعمها الرئيسى من ظواهر كزهرى المخ ، وأحوال الهذيان Delirium مثل التسمم والتي يعرف فيها الناس باظهار عديد من الاضطرابات فى التفكير أو السلوك . ولكن اذا تحدثنا بأسلوب صحيح فاننا نقول : ان هذه أمراض المخ لا أمراض العقل .

وقد أورد «ساس» (Szasz, 1966) الادلة والنمذج ليؤكد أن كل مناقشة لمشكلة التصنيف فى الطب النفسى معلقة على المقدمة المنطقية بأنه توجد فى الطبيعة أشكال من السلوك غير سوية ، وأنه من المهم — من الناحيتين العلمية والاخلاقية — أن يوضع الناس الذين يظهرون مثل هذا السلوك فى فئات ذات أسماء أو بطاقات ملائمة . ولكنه على كل حال يرتاب فى كل من منطقية المقدمة المنطقية وأخلاقيتها القائلة بأن السلوك الانسانى حدث طبيعى . إذ ان هذا الحدث — شأنه فى ذلك شأن أى أحداث أخرى — يمكن بل ينبغي أن يصنف .

ويعصر «ساس» على أن التصنيف ليس الا حالة خاصة من الظاهرة السلوكية الأكثر عمومية والمتعلقة بصياغة المفاهيم ، وهو يرى أن هذه العملية تعتمد بشكل أكبر على الخصائص النفسية التى يتسم بها الفرد



المشارك في تشكيل الفئات وصياغتها ، كما تعتمد على الوضع الاجتماعي الذي يشترك فيه ، أى أهداف التصنيف — وذلك بشكل أكبر من اعتمادها على خصائص الظاهرة التي تصنف . وقد وضع هذه النقطة بالإشارة الى صائغ الجواهر والحلى أو الاقتصادى ، اذ يقوم الجواهرجى على الارجح بوضع الماسات في الفئة ذاتها التي يوضع فيها الذهب والفضة والمال . فكلها أشياء قيمة ثمينة ، في حين أن عالم الكيمياء قد يجمع الماسات مع الفحم في مجموعة واحدة على أساس من تركيبها الكيميائي .

ومن هنا فان «سلس» يتفحص أهداف التصنيف الطبى النفسى ، وبالنسبة له فان الرجال يصنفون لكى ينالوا سيطرة أو تحكما . اذ القيام بالتصنيف أو التسمية يرتبط ارتباطا حميما بحاجة الانسان الى السيطرة على البيئة والتمكن منها . وعلى هذه الجبهة يشن «سلس» هجومه . فالفوز بالسيطرة على الحيوانات والأشياء غير الحية شيء ، ولكن الفوز بالسيطرة على الكائنات الانسانية الاخرى هو شيء آخر تماما .

ان وحدة التحليل في الطب النفسى وعلم النفس المرضى يمكن أن تكون اما السلوك أو الامراض أو الناس . فعلماء النفس والمتخصصون فيه يطالبون بدراسة السلوك ، في حين يهتم الاطباء النفسيون — باعتبارهم متخصصين في الطب — بالامراض . ولكنهما في الواقع يتعاملان كلاهما مع الناس ، اذ ليس من الممكن معالجة مسألة « اما سلوك أو مرض » دون القيام في الوقت ذاته بمعالجة الفرد الذي يسلك ويتصرف ، أو الذي « يعاني من » المرض . فهم في الواقع بناء على ذلك غالبا ما يلجأون الى تصور مشكلاتهم بلغة الناس لا بلغة السلوك والامراض مشيرين الى الانبساطيين والنفصامين — مثلا — بدلا من الانبساط والنفصام .

ويشير «ساس» (Szasz, 1966) انى اكراه الناس واجبارهم ، حيث بين أنه يمكن قسر الناس واکراههم بطريقتين أساسيتين : اذ يمكن اکراههم بدنيا بحبسهم فى السجون أو تقييدهم فى المستشفيات العقلية . . . الخ ، كما يمكن اکراههم اجتماعيا باعطائهم أسماء أو نعوتاً وبطاقات — كتسميتهم بأسماء مثل : مريض : طالب ، أو حتى امرأة — مما يقيدهم بأدوار معينة . وبالنسبة الى «ساس» فان الطبيب النفسى بوصفه قائماً بالتشخيص ويكشف عن دوره الاجتماعى الأساسى ، اذ يقوم — من خلال اعطاء الاسماء والبطاقات — باضفاء صفة الشرعية على طموحات الآخرين وأدوارهم الاجتماعية ، وهو لا يفعل ذلك فى المستشفى أو العيادة فقط ، بل فى كل وضع اجتماعى يعمل فيه .

ولا ينكر «ساس» وجود الفروق الفردية فى السلوك ، ان ما يتساءل عنه هو طبيعة التصنيف وهدفه والموقف الذى يتم فيه . فرفضه لاهانة الناس والخط من قدرهم عن طريق التشخيص الطبى النفسى لا يتضمن رفضه للاعتراف بالفروق البيولوجية والنفسية والاجتماعية الموجودة بين الناس ، كما لا يتضمن رفضه للاعتراف بقيمة التصنيف بصفة عامة . ولكن «ساس» فى رفضه لتصنيف المرضى لا يجادل أو يناقش تأييدا لتصنيف سلوكهم أو أمراضهم : اذ يقدم عرضاً للقضية أكثر ثورية ، كما يحاول البرهنه على ضرورة تصنيفنا للمصنفين !

ويؤكد «ساس» (Szasz, 1966) بايراد الحجة والدليل أنه لكى ننهض بأعباء الحاجات النفسية الخاصة بالراشد القادر على الوفاء بالتزاماته فاننا نحتاج الى تصنيف لا لسلوكه المنحرف بل للخدمات الخيرية المتاحة لعلاج ذلك السلوك . وقد وضع هذه النقطة بالاشارة الى تطبيق القانون وممارسته : حيث يوجد متخصصون فى الطلاق ، والعمل ، والدفاع الجنائى . . . الخ بحيث يمكن اذن للاقاد المحتاجين الى مساعدة قانونية أن يختاروا الخير المناسب . ولا يوجد ضمان

فى الطب النفسى حين يلتصم مريض ما من طبيب نفسى أن يفعل له شيئاً ما أن ذلك الطبيب لن يفعل له شيئاً ما من أجل المجتمع •

ونظراً لنقده للأتمودج الطبى واهتمامه بالأدوار الاجتماعية والقيود الاجتماعية ، فانه يجوز لنا أن نستنتج بأن « ثوماس ساس » قد أقر المفهوم الثقافى الاجتماعى للشذوذ أو اللاسوية • ولكن تأكيده على الحرية الشخصية يميز نظريته بوضوح على أنها نظرية سيكولوجية مع تمويل ضمنى على عقلانية الفرد ومنطقيته • ويكل أسف ، فإن استبعاده — طبقاً للتعريف — لهذه الظروف والاحوال التى يوجد فيها تلف عضو معروف من العقلانية ، وتجاهله لأوضاع كمستهل الطفولة ، والطفولة والتظف العقلى والمريض/الفكرى Ideopatic ، والممر الطويل — وهى أوضاع قد ينعدم فيها الضعف البدنى الذى يمكن تحديده والتعرف اليه ، ولكن الفرد برغم ذلك ليس يكفء أو مقتدر على اتخاذ القرارات المطلقة بسماعته ورفاهته الشخصية — أن استبعاده لهذه الظروف وتجاهله لهذه الأوضاع جعل « ساس » يختار معلوماته وبياناته بطريقة تخفى الحقيقة ، وهى أنه يعد المرض العقلى مرادفاً للخبل والجنون واللاعقلانية • فالمرض العقلى لا وجود له بالنسبة لـ « ثوماس ساس » نظراً لأن أى شىء آخر — غير اللاعقلانية القابلة للمعكس والقلب — مترابط مع صنع القرار المتردد غير موجود فى البيانات والحقائق التى يفكر فيها ويمتد بها •

### المصطلحات والرموز التشخيصية

يعد تاريخ التصنيف الطبى النفسى سلسلة من التقليل أو الإيجاز المتعاقب واستخدام النماذج البسيطة لتسهيل الفهم ، كما يعد امتداداً واستخداماً للنماذج المعقدة بهدف التغلب على الاستثناءات ولضاعة الدقة والمحدودية • وقد تم كل ذلك دون أن يحل أى من هذين النوعين من النماذج محل الآخر تماماً • وكانت النتيجة هى أن الاسماء

والبطاقات التشخيصية الطبية النفسية المستخدمة حالياً — المشتركة مع اختصاصيين طبيين آخرين — أصبحت مأخوذة من متنوع واسع من النماذج المفاهيمية التي ترجع الى أعراض معينة أو زمالات ، وأنواع من الشذوذ البدني ، والى أحداث وأوضاع بيئية بالاضافة الى عمر المريض . وهذه العملية سوف تستمر على الأرجح نظراً لأن الطب النفسي مازال يفتقر الى طريقة متسقة مطردة مقبولة على نحو واسع عريض بالنسبة للنظرية أو التطبيق ، كما تسمح بتنمية لغة مهنية مشتركة وتطويرها (Rakoff, Stancer & Kedward, 1977) .

ومع ذلك ، فإنه ينبغي التأكيد على أن اللغة المهنية المشتركة لا تتضمن مبدأً وحيداً للتصنيف ، فكما سبق أن أشرنا في الفصل الأول، يعد المرض العقلي ظاهرة كثيرة التنوع متعددة التفسيرات . وحتى الطريقة البيولوجية مع اقرارها وتقبلها للنموذج الطبى الا أنها تستخدم أكثر من قاعدة واحدة ، فالطب مثلاً لا يهتم بعلاج الامراض المعدية فحسب ، بل يهتم كذلك بعلاج الكسور ، والملح أو لى المفاصل والتوائها، والاورام وأمراض النزف ... الخ .

ومن بين التصنيفات المدونة والمعنة في القدم تصنيف «هيبوقراط» Hippocrates ( ٤٦٠ — ٣٧٧ ق م ) والذي يعد امتداداً لفكرة «امبيدوكليس» Empedocles ( حوالى ٤٦٠ ق م ) التي ترى بأن العالم مركب من أربعة عناصر أساسية : الهواء ، والتراب ، والنار ، والماء . وقد اعتقد «هيبوقراط» بأن هذه العناصر كانت أساس « الاخلط الاساسية الاربعة » ، وهى الاتساقات النسبية التي ينتج عنها أربع شخصيات أو أمزجة أساسية :

«امبيدوكليس» الهواء	التراب	الناز	الماء
«هيپوقراط» الدم	السوداء	التصفراء	البلغم
دموى	سوداوى	صفراوى	بلغمى
↓	↓	↓	↓
مفعم بالامل ومبتهج	كثيب	يغضب بسهولة ، كسل أو بليد ،	
بشكل طبيعى		سريع الاستثارة غير مبال أو مكثرت،	
		بارد ، هادئ	

وليست هذه أنماطا للشخصية ، بل هى سمات نظرا لأن الاحوال عدت معتمدة على عدم التوازن الخطى ، ( المتصل بالاخلاط Humors ، وقد عد السوداوى فقط نوعا من المرتضى العقلى حيث غالبا ما كان يعادله بالهوس Mania .

وقد توسع «جانين» Galen ( ١٣٠ بعد الميلاد - ٢٠٠ تقريبا ) فى هذا المفهوم بتأكيده بالحجة والتحليل أن السوداوية قد أحدثتها السوداء المؤثرة فى الملكة العقلانية . ( Veith, 1957 ) .

### جدول ( ١ : ٢ )

رطوبة		
جاف	رطب	
تراب	ماء	
سوداوى	بلغمى	بارد
		حرارة
نار	هواء	
صفراوى	دموى	دافئ

ويمكن ترتيب هذا التصنيف في جدول ٢×٢ ، والذي يعبر عن خاصيتين واضحتين في عناصر هذا التصنيف : الحرارة والرطوبة •

وقد أقر هذا التصنيف فيما بعد بواسطة فنت Wundt ( ١٨٣٢ — ١٩٢٠ ) الذي كان مهتما بسرعة الاستجابات السلوكية وقوتها •

### جدول ( ٢ : ٢ )

قوة الاستجابة		
ضعيفة	قوية	
بطيئة	تراب	سرعة الاستجابة
بلغمي	سوداوي	
سريعة	هواء	
دموي	نار	
	صفراوي	

وأثناء العقود المبكرة من القرن السابع عشر نسب كل المرض — بصرف النظر عن الفروق في الاعراض — اما الى اضطراب في التوازن الخلطي أو الى اضطراب في توترات الانسجة المصمتة •

وقد حدث تحول مفهومي رئيس حين اقترح «ثوماس سيدينهام» Sydenham ( ١٦٢٤ — ١٨٩ ) بأن كل مرض له سببه المعين الخاص به ، وأن وحدات المرض قد وجدت بشكل مستقل عن تؤثر فيهم من الناس • وطبقا لذلك فقد دعا الى البحث والتحقيق في نوعية الأمراض تماما كما يبحث عالم النبات في أنواع النبات •

وقد قام فرانسوا بواسيه Soufage François Boissier de

(١٧٠٦ - ١٦٧) — في الحقيقة — بتجميع الامراض الى اصناف وطبقات وأجناس بالطريقة نفسها التي كان العلماء الطبيعيون ينظمون بها النباتات والحيوانات • ولكن نظرا لعدم معرفة التغيرات الفيزيولوجية الاساسية والعوامل المعجلة بالحدوث فقد عد كل عرض معين مرضا مستقلا • فتصنيفه للامراض — والمرتب الى ١٠ اصناف و ٤٠ ترتيبا و ٧٨ جنسا — تبعا لذلك اشتمل على ما لا يقل عن ٢٤٠٠ مرض مختلف (Veitch, 1957).

أما « فيليب بينيل » Philippe Pinel (١٧٤٥ - ١٨٢٦) والذي يعد أفضل من اشتهروا بتحرير المخبولين من عبوديتهم ، وكان تلميذا لسوفاج ، فقد قام بتبسيط الانظمة التشخيصية المعقدة التي سبقته ، وذلك بالعودة الى نظام التصنيف ٢×٢ الخاص بهيوقراط ، كما قام بتجميع كل الامراض العقلية ووضعها في فئة الامراض البدنية وسماها «العصابيات» *neuroses* والتي عرفت بأنها « أمراض الجهاز العصبي الوظيفية » أي الامراض التي لم تكن مصحوبة بحمى أو التهاب أو نزيف أو خلل تشريحي • وقد حدد «بينيل» أربعة أنواع اكلينيكية أساسية :

أ — الهوس *Mania* : ويتميز بأحوال مصحوبة باحتياج حاد أو غضب شديد •

ب — السواد *Melancholia* : وتتكون من اضطرابات اكتئابية وتوهامات متصلة بموضوعات محدودة •

ج — الخبل *Dementia* : ويتميز بافتقار الافكار الى التماسك •

د — العته أو المماقة *Idiotism* : ويتضمن كلاما من التخلف العقلي والخبل العضوي « والتدهور الناتج عن الشيخوخة » *senility* •

ان الترابط بين تصنيف «بينيل» وذلك التصنيف الذي اقترحه «هيوقراط» يمكن رؤيته بوضوح كما حدث في الملاءمة بين تلك الفئات

التشخيصية في تصنيف «فنت» الاسبق وربطها بأبعاد سرعة الاستجابة وقوتها .

جدول ( ٢ : ٣ )

قوة الاستجابة		
قوية	ضعيفة	
ثراب	ماء	
	بلغمى	بطيئة
سوداوى	عته	
سرعة الاستجابة		
نار	هواء	
صفراوى	دموى	سريعة
هوس	خبل	

وقد قدم «بنديكت أوجوستين موريل» Morel (١٨٠٩ - ١٨٣٣) استخدام سياق المرض أو سيره Course كأساس للتصنيف . كما أضاف «كارل لودفيج كالبوم» Kahlbaum (١٨٢٨ - ١٨٩٩) عمر المريض في وقت بداية المرض ، كما قدم «كالبوم» مفهوم مركب أعراض مؤقتة ، والمقابل للمرض الضمني ، مدركا بذلك الفسارق بين السلوك العلنى الواضح والحالة البيولوجية التى قد تتضمنه أو لا تتضمنه ، كما أدرك التمييز بين المرض العقلى العضوى وغير العضوى .

ان التعرف الى سير المرض أو طريقته ليس فقط ادراكا للحقيقة بأن الاعراض الظاهرة قد تتغير بمرور الوقت ، انه كذلك تقبل لعملية المرض الاساسية ، ولكنه يهمل معه الحاجة الى تحديد ماهية المرض



بوضوح • فعلى سبيل المثال : اذا كان لا بد للمرء — كما يبدو — أن يتعلم الوقوف قبل أن يمكنه تعلم المشى فهل تعلم الوقوف اذن جزء من عملية تعلم المشى ؟ أو هو عملية مستقلة عن تعلم المشى ولكنها عقلية تمهيدية ضرورية ؟ وقد عد أطباء النفس التقليديون الهستيريا على أنها مظهر متسم بالآحارات الاولى للفصام ، لا على أنها المرحلة الاولى على الاصح للعملية الفصامية • ولكن الطب النفسى المجتمعى ( المتعنى بالمجتمع ) ( انظر الفصل الثالث عشر ) قد وسع تعريف المرض العقلى باعتبار الناس المعرضين لخطر المرض على أنهم مرضى عقليا •

وقد وضع « اميل كرييلين » ( ١٨٥٦ — ١٩٢٦ ) :تركيا رئيسا للانظمة التشخيصية المبكرة والأساس الانظمة التصنيفية المعاصرة • وقد نظر « كرييلين » الى الامراض العقلية على أنها وجدت مرضية عضوية يمكن تصنيفها على أساس من معرفة أسبابها وسيرها ونتيجتها، برغم أن طريقته الأساسية كانت البحث عن تلك المجموعة المؤلفة من الميزات الاكلينيكية البارزة التى قد تنتبأ بالنتيجة على نحو أفضل (Klein & Davis, 1969) • وقام « كرييلين » (١٨٩٨) بتصنيف الاضطرابات العقلية فى ثمانى عشرة مجموعة ، بحيث وضع اضطرابات الهوس والاكتئاب معا فى مرض واحد وهو : الذهان الهوسي الاكتئابى، كما ميز الزملاات المخية العضوية الحادة عن الزملاات المخية الزمنة ، ولأول مرة فى نظام تصنيفى للأمراض العقلية فقد ضمن « كرييلين » تصنيفه مفاهيم الأعصاب نفسية المنشأ والشخصيات السيكيوباتية ( كالأجرام الفطرى ، وغير المتزن ، والمرضى بالكسب والفش ، والهيفونون بالاضطهاد المشاكسون ) • فكل هذه المفاهيم يمكن مشاهدتها فى الانظمة والبرامج التصنيفية الرسمية اليوم •

## التصنيف الدولى للأمراض

لقد اعتمدت كل مجموعات الرموز والمصطلحات التشخيصية

المستخدمة رسمياً في العالم المتحدث باللغة الانجليزية خلال السبعينيات على النسخة الثامنة من التصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases (ICD-8) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO, 1965, 1967 a, 1974). وترجع أصول هذه النسخة الى التصنيف الدولي لأسباب الموت (تصنيف «بيرثيلون» Bertillon) والذي أقر في باريس عام ١٨٩٣ بواسطة الجمعية الاحصائية الدولية (WHO, 1967 a ; Kramer, 1968;

وقد قسمت التشخيصات الواردة في النسخة الثامنة من التصنيف الدولي للأمراض الى ثلاث مجموعات رئيسية :

- ١ - الذهان والعصاب واضطرابات الشخصية .
- ٢ - اضطرابات عقلية أخرى غير ذهانية .
- ٣ - التأخر العقلي .

ولكن هذه النسخة بها عدد من الجوانب غير المقتعة أو المرضية . فلقد اعتمدت على مفاهيم مهجورة مهملة ، مع حلول وسط بين عمليات التصدؤ المتضاربة ، مع افتقارها الى تعريفات وصفية للاضطرابات ؛ واستخدمت متنوعا واسعا من المتغيرات المشتملة على عمر المريض ، عضو أو الجهاز العضوى المتأثر بالمرض ، وأعراض الاضطراب ، درجة الضعف أو التلف ، ومدته ، بالإضافة الى العامل الرئيس المحدد لهذا الضعف . ولقد كانت نتيجة ذلك مزيجا مشوشا مضطربا غير منطقي (Howells, 1970), p. 6) ، والذي عدل وكمل بواسطة الدول الرئيسية المقررة له ، كما استبدلت به أخيرا المراجعة التاسعة ICD-9 (WHO, 1978 ; Kramer, 1980) .

### تصنيف رابطة الطب النفسى الامريكية

يعد الدليل الاحصائى والتشخيصى للاضطرابات العقلية

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

والخاص برابطة الطب النفسى الامريكية أساسا للأدلة التشخيصية الرسمية المستخدمة في كندا والهند وعديد من أقطار أمريكا اللاتينية ، بالإضافة الى الولايات المتحدة الامريكية . وقد خضع هذا الدليل لتغييرين أساسيين منذ عام ١٩٥٢ .

وقد قدم الدليل الاول (DSM-I) في عام ١٩٥٢ ، ولكنه كان متعارضا مع النسخة السادسة من التصنيف الدولى للأمراض (ICD-6) (WHO, 1948) ونظرا لأن الإنسجام والتناغم كان يعد أمرا مفيدا ونافعا في تسهيل التواصل الدولى ، لذا فقد قامت خدمة الصحة العامة بارسال مندوبين أمريكيين للعمل مع اللجان الدولية في أعداد وتنقيح للقسم الخاص بالأمراض العقلية من النسخة الثامنة للتصنيف الدولى للأمراض . وحين طبعت هذه النسخة الثامنة من التصنيف في عام ١٩٦٥ عهدت الرابطة النفسية الامريكية الى لجنتها الخاصة بالمصطلحات والاحصاءات بمهمة اعداد دليل تشخيصى جديد خاص بالرابطة ، والذي قد يكون منسجما متناغما مع هذه النسخة الثامنة من التصنيف الدولى للأمراض . وكان الدليل التشخيصى الاحصائى الثانى (DSM-II) نتيجة عمل هذه اللجنة ، بحيث أصبح مجموعة المصطلحات الرسمية الخاصة بأطباء النفس الامريكيين وذلك في الاول من يوليه عام ١٩٦٨ (Spitzer & Wilson, 1968) .

وقد عدلت الطبعة الثامنة من التصنيف الدولى للأمراض في خمس طرق من أجل الدليل التشخيصى الاحصائى الثانى (DSM-II) :  
فقد غير تنظيم التشخيصات المدونة وتسلسلها ، كما اقترح عدم استعمال تشخيصات معينة بحيث ينبغي ألا تستخدم في الولايات المتحدة الامريكية . كذلك فقد تم احفال تسعة وثلاثين تشخيصا جديدا ، أحيانا بتقسيم التشخيصات الموجودة الى أقسام أصغر . كما تم تغيير

أسماء بعض الفئات ، وأعطيت أرقام الرموز التشخيصية أرقاماً إضافية (Spitzer & Wilson, 1968) . وقد كان من بين الاختلافات الرئيسية بين هاتين المجموعتين من الرموز والمصطلحات إزالة مصطلح الاستجابة أو الرجح Reaction من كثير من العبارات والبطاقات التشخيصية حتى يمكن تجنب أى مضامين مثيرة للجدل والخلاف فيما يتعلق أما بطبيعة اضطراب ما أو سببه (Gruenberg, 1968) ، وبالتالي فقد كان هذا الفارق علامة مميزة لاتجاه أصبح محلاً لتركيز انتقاد كبير أثناء التنقيح الثانى .

وقد نظم الدليل التشخيصى الاحصائى الثانى (DSM-II) الاضطرابات العقلية فى عشر فئات رئيسية ، ولكنه — شأنه فى ذلك شأن التصنيف الدولى الثامن للأمراض (ICD-8) — استخدم متنوعاً واسعاً من المتغيرات ، كما اختلف النظام التصنيفى من فئة الى أخرى . فقد كان اذن مجموعة من الانظمة التصنيفية التى حاولت مجتمعة شمول مجال الاضطرابات العقلية بأكمله .

وفى سبتمبر من عام ١٩٧٣ تم تشكيل حملة لتطوير طبعة ثالثة من الدليل التشخيصى والاحصائى لرابطة الطب النفسى الامريكى (DSM-III) . وقد كان هدف هذه الحملة تطوير نظام تصنيفى يمكنه أن يظهر المعرفة الحالية بالاضطرابات العقلية ، كما يمكنه — بصورة ثانوية فقط — أن يضمن التناغم والانسجام مع الفصل المتعلق بالاضطرابات العقلية من التصنيف الدولى للأمراض . وقد حدد جدول العمل موعد طباعة الدليل الثالث (DSM-III) فى يناير من عام ١٩٧٩ لكى يتزامن مع تقديم تعديل أكلينيكى للطبعة التاسعة من التصنيف الدولى للأمراض (Spitzer, Sheehy & Endicott, 1966) (ICD-9-CM) . ، ولكن لم يتم اقراره بصفة رسمية حتى الاول من يناير ١٩٨٠م .

وقد اختلف الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث (DSM-III) اختلافا جذريا عن سابقيه على جانبي المحيط الاطلنطي ، اذ قام عدد من الدراسات التي أشرفت عليها منظمة الصحة العالمية بالتوصية باعطاء رموز للمعلومات التشخيصية على عديد من المحاور المستقلة . وقد تم انجاز ذلك بالنسبة للتخلف العقلي (Heber, 1959, 1961) في الولايات المتحدة الامريكية ، كما لاقى تأييدا كبيرا في أوروبا (Wing, 1970 ; Essen-Møller, 1971 ; Helmchen 1971; Rutter et al., 1969, 1973) النفسى لاضطرابات الطفولة (Tarjan et al., 1972) وقد قدم الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث DSM-III فيما بعد طريقة متعددة المحاور للتشخيص في الطب النفسى للراشدين مصحوبة بتقرير واضح عن قواعده وأصوله في التصنيف وعن استخدام التعريفات الاجرائية المفصلة . وقد تم اخضاعه كذلك لاختبار ميداني مكثف سابق لاعتماده واقارره بصورة رسمية (Spitzer, Endicott & Robbins, 1975 ; Spitzer, Sheehy & Endicott, 1977) .

وقد أقرت الطريقة المتعددة المحاور لضمان التسجيل في الممارسة الاكلينيكية لكل المعلومات التي اعتبرتها الحملة وثيقة الصلة ، فقد استخدمت خمسة محاور بحيث استخدم الاول والثاني منها لتسجيل الاضطرابات العقلية ، وخصص المحور الاول للزلمات الاكلينيكية ، أما المحور الثاني فقد خصص لاضطرابات الشخصية لدى الراشدين ، ولاضطرابات معينة في النمو اذا كان المريض طفلا أو مراهقا . كذلك فقد خصص المحور الثالث لأي اضطراب بدني . أما المحور الرابع فانه يسمح للمشخص بتسجيل نوع أي ضغط Stress نفسي اجتماعي وحدته . وقد خصص المحور الخامس لحكم المشخص على أعلى مستويات الاداء التكيفي للمريض خلال السنة السابقة .

وأدى استخدام التعريفات الاجرائية المفصلة الى شحذ لكثر  
ضرورية للجانب التعريفى من البرنامج التصنيفى ، ولكن ذلك تم  
تحقيقه بالتاكيد على الاعراض التى يمكن ملاحظتها على حساب الاحوال  
— المعروفة أو المفترضة — التى تؤدى الى نمو هذه الاعراض وتطورها .  
كما أدى استخدام التعريفات الاجرائية المفصلة الى قائمة مطولة من  
الاضطرابات وبخاصة الاضطرابات الجنسية واضطرابات استخدام  
المخدرات ، على حين ألغى هذا الاستخدام فئات تشخيصية تلقيدية مثل  
المصاب والمرضى النفسى الجسمى .

وعقب «فيغنر وزملائه» (Feighner et al., 1972) ونتيجة لبحوثهم  
استخدم عدد من البرامج التشخيصية فى الطب النفسى تعريفات  
اجرائية ، استلزمت استخدام معايير واضحة لكل تشخيص ، بحيث  
أدى استخدام هذه التعريفات الى زيادة ثبات ما بين القائمين بالتقدير .  
ومن هنا فقد ضمن ذلك فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث  
(DSM-III) ، وفصلا عن ذلك ، فبالرغم من أن القوائم السابقة  
الشارحة للكلمات المعسرة — تلك القوائم التى صاحبت التصنيف  
القومية والدولية — قد قامت فقط بوصف الملامح وشرحها الاكثر تميزا  
للاضطرابات ، فان نص الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث  
(DSM-III) يقوم بشكل منتظم بوصف كل اضطراب وشرحه  
فيما يتعلق بالملامح الجوهرية الاساسية والسمات المرافقة له بالإضافة  
الى العمر المعتاد عند بداية الاضطراب ، وسير الاضطراب ، والعوامل  
المهدة له ، والضعف ، والمضاعفات الثانوية الناشئة عن الاضطراب ،  
وحجم انتشار الاضطراب ، والانماط العائلية ، ونسبة النوع ( أى نسبة  
وقوعه بين الذكور والاناث ) والتشخيص الفارق المميز له ، وذلك اذا  
كانت جميع هذه الاشياء معلومة معروفة (Spitzer, Endicott & Robbins,  
1975 ; Spitzer, Sheehy & Endicott, 1977)

ويعد الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث لرابطة الطب النفسي الأمريكية (DSM-III) وثيقة واقعية عملية صممت من أجل أطباء النفس في أمريكا الشمالية ، فقد اعتمد على افتراض مفاده أن المرض العقلي هو مشكلة طبية ، وأن بعض الاهتمامات المبكرة — كالتواصل والتفاهم الدولي — قد تم الاقلال من التأكيد عليها اعتقاداً بأن أفكاره وطرقه الجديدة ستؤدي الى تشخيصات طبية نفسية أكثر دقة وصدقاً . (Spitzer, Sheehy, & Endicott, 1977)

كذلك فإن الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث (DSM-III) هو أكبر وأكثر شمولية من سابقه ، فقد اختيرت حالة اكلينيكية من الحالات لكي تضمن فيه كلما أمكن وصفها بوضوح وتمييز (Spitzer, Endicott & Sheehy, 1977) ولكن — برغم أفكاره وطرقه الجديدة — فإن الفئات التشخيصية مازالت تمثل مزيجاً من الاعراض والزملاط والوحدات المرضية ، فضلاً عن ذلك ، فقد ضاعف الدليل عدد الفئات التشخيصية بالاققلال من التأكيد على الاحوال المستتجة والتركيز على السلوك الذي يمكن ملاحظته وبالتالي فقد واصل الميل الذي كان واضحاً في الدليل التشخيصي والاحصائي الثاني (DSM-II) ، ولكن مثل هذا التأكيد قد تمت مقارنته بالتفكير الحسي الملموس لطفل يجب أن يقوم بتفصيل (عد) محتويات اناء لأنه مازال حتى الآن عليه أن ينمي القدرة على التفكير المجرد الذي سيؤدي الى مفهوم الفاكهة (Schach & Nathan, 1977) . ومن بين النتائج المترتبة على ذلك التوسع المفرط في مفهوم المرض العقلي عند وصف نواحي القصور والعجز المرتبطة بالطفولة . (Garnezy, 1978) .

وان الحقيقة المهمة ذات المغزى هي أنه برغم زعم «سبيتزر وشيبي وانديكوت» (Spitzer, Sheehy & Endicott, 1977) بدقة التشخيصات الطبية النفسية وصدقها بصفة أكبر فإن الحملة التي أنيطت بها مهمة

تطوير هذا الدليل كانت عاجزة عن صياغة تعريف مقنع للاضطراب العقلي حتى الساعة الحادية عشرة ( من عملها ) ، ثم بعد ذلك قامت بصياغة تعريف لم يبد أنه يقدم أى فارق دقيق بين «الاضطراب» و «السوية» Spitzer , 1977 ; Spitzer , Sheehy , & Endicott , 1977 . Williams & Skodak ; 1980).

## الطب النفسى فى كندا

نظرا لأن التصنيف الدولى الثامن للأمراض ICD-8 لم يشتمل على تعريفات وصفية ، فقد قامت احصائيات كندا بطباعة دليل كندى لتصنيف الاضطرابات الطبية النفسية . ولقد كان هذا الدليل — على كل حال — هو الدليل الثانى للتشخيصات والاحصائيات الذى سبق وأن أصدرته الرابطة الطبية النفسية الامريكية (DSM-II) مع تعديل واحد أو تعديلين طفيفين ، واللذين كانا بمصفة أساسية فى ترقيم التشخيصات وصياغتها أو التعبير عنها . فعلى سبيل المثال :

٢٩٧١ حالة الهذاء الارتدادى Involutional Paranoid State  
عدلت لتصبح : ٢٩٧١ حالة هذاء الفصام الارتدادى ، وكذلك ٢٩٢١  
زهرى الجهاز العصبى المركزى عدل ليصبح ٩٤ . زهرى الجهاز العصبى  
المركزى .

ولكن بعض التشخيصات التى أضافها الامريكيون الى التصنيف الدولى الثامن للأمراض ICD-8 حذفت ، على حين أدخلت تشخيصات أخرى فى الدليل الكندى ، كما كان هناك بعض التغيرات الطفيفة فى المحكات . فعلى سبيل المثال : أجاز الدليل الكندى تشخيص حالة عضوية على أنها ذهانية اذا كان المريض ذهانيا فقط أثناء سلسلة الاحداث الحالية . ومع ذلك ، فبطباعة التتقيح التاسع من التصنيف الدولى للأمراض ودمجه « لقائمة الكلمات العسيرة وشرحها Glossary



في الجزء الخاص منه بالاضطرابات العقلية فقد حل محله الدليل الكندي  
الاحصائي في عام ١٩٧٩ (Davis, 1979) \*

### الجمعية الطبية النفسية البريطانية

لم تتطابق المفاهيم التشخيصية رهينة الاستخدام في بريطانيا  
العظمى تطابقا تاما مع تلك التي اشتمل عليها التصنيف الدولي الثامن  
للأمراض ICD-8 ، فبدلا من أن يقوم أطباء النفس البريطانيون  
بتطوير دليلهم التشخيصي والاحصائي الخاص بهم ، قاموا فحسب  
بتطوير قائمة المصطلحات والكلمات العسيرة وشرحها (Registrar  
General, 1968) للتغلب على افتقارهم الى تعريفات وصفية ولضمان  
الاستخدام المتسق \* ومع ذلك فقد انتقد هذا الاجراء من قبل وينج  
(Wing, 1970) اد لم يقطعوا شوطا بعيدا الى حد كاف في التخلي  
عن المفاهيم المتعلقة بأسباب الامراض والاضطرابات \*

### الفئات التشخيصية الرئيسية

ينبغي أن يكون واضحا منذ البداية أنه ليس من الممكن أن نقدم  
تعريفات دقيقة للأمراض العقلية بعيدا عن قيود البرامج التشخيصية  
الحديثة ، اذ تميل التعاريف الى التغير من بلد الى آخر ، ومن وقت الى  
وقت \* وعلى الرغم من ذلك هناك جوهر المعنى الذي يحمل مدلولات  
تاريخيا ومفهوما يتجاوز الحدود القومية بالنسبة لمعظم الفئات  
التشخيصية الرئيسية \* وما يلي في هذا الفصل والفصول ٤ ، ٥ ، ٦ هو  
محاولة لايجاز هذا المعنى وذلك المدلول \*

### التأخر العقلي Mental Retardation

وهو المعروف بأسماء متنوعة «كالخبل» Amentia و « الضعف  
العقلي» Oligophrenia و «دون السوية العقلية» Mental Subnormality

... الخ . وقد عرف التخلف العقلي بصورة تقليدية على أساس المستوى العقلي ، كما صنف الى فئات فرعية من حيث درجة التخلف . وفي الولايات المتحدة الامريكية عرفت هذه الفئات الفرعية بالمأفون Moron ( نسبة الذكاء ٦٩ — ٥٠ ) والأبله Imbecile ( نسبة ذكاء ٤٩ — ٢٠ ) والمعتوه Idiot ( نسبة ذكاء أقل من ٢٠ ) . أما في بريطانيا فقد عرفت هذه الفئات بضعيف العقل Feeble-minded ، والأبله ، والمعتوه .

وفي الدليل التشخيصي والاحصائي الاول DSM-I استخدم مصطلح « الضعف العقلي » وتم تدريجه الى فئات فرعية طبقا لدرجة هذا الضعف وهي : بسيط Mild ومتوسط Moderate وشديد Severe كما كان هذا المصطلح مناسباً فقط اذا لم يكن هناك أى شذوذ رئيسي آخر بحيث يمكن اعتبار التخلف عرضاً . فحين كان التخلف راجعاً الى اصابة أو تلف مخي — كذلك الذى قد ينتج عن مرض معد في الطفولة مثلاً — كان الاضطراب يصنف على أنه زملة مضيئة مرضية مزمنة Chronic Brain Syndrome باضافة عبارة صغيرة مقيدة للتصنيف وهي : « مع ضعف عقلي » .

وقد أقر الدليل التشخيصي والاحصائي الثاني (DSM-II) تصنيف الرابطة الامريكية للضعف العقلي (Grossman, 1961; Heber, 1969) (1977; 1973) ، كما أقر مصطلح « التخلف العقلي » Mental Retardation . وهو تصنيف متعدد المحاور ، حيث يقوم بصورة مستقلة بتصنيف التخلف طبقاً للمستوى العقلي ، والسلوك الاجتماعي ، والسبب العضوي ، وما يرتبط بالتخلف من نواحي ضعف أو قصور ، كما يعرف «جروسمان» (Grossman, 1977, p. 5) التخلف العقلي على ضوء كل من المستوى العقلي والسلوك التكيفي الاجتماعي :

« يشير التخلف العقلي الى أداء ذهني عام منخفض عن

المعتاد بدرجة جوهرية ومصحوب في الوقت نفسه بعيوب في السلوك التكيفي بحيث يظهر ذلك كله أثناء مرحلة النمو » .

٢٠٠٠

ومن هنا فقد اعتمد مفهوم التخلف العقلي على نموذج متحد ذي

بمدين \*

## جدول ( ٢ : ٤ )

السلوك التكيفي			
هناك عيب	ليس هناك عيب		
		منخفض عن المعتاد	
متخلف عقليا	ليس متخلفا عقليا	بدرجة جوهرية	
		الذكاء	
		غير منخفض عن المعتاد	
ليس متخلفا عقليا	ليس متخلفا عقليا	بدرجة جوهرية	

أما المحاور التي تصف السبب العضوي وما يرتبط بالتخلف من وجوه قصور أو تلف فهي محاور تكاملية ، ولا تدخل في المفهوم الاساسي للتخلف العقلي أو تعريفه \*

ويرغم استخدام النموذج المتحد في تصنيف التأخر العقلي الا ان تصنيفه الى فئات فرعية مازال يعتمد كلية على المستوى العقلي ، ولكن مع الفئات التي زيدت من ثلاث الى أربع والتي تظهر وحدات الانحراف المعيارى اعتمادا على الافتراض القائل بأن الذكاء موزع بين أفراد المجتمع العام طبقا لقانون الخطأ العام الاعتدالى الذى وضعه «جوس»:

### نسبة الذكاء

٦٧ — ٥٢	تأخر عقلي بسيط
٥١ — ٣٦	تأخر عقلي متوسط
٣٥ — ٢٠	تأخر عقلي شديد
أقل من ٢٠	تأخر عقلي تام

للتأخر العقلي اذن يجسد المفاهيم الاحصائية والثقافية الاجتماعية والبيولوجية للشذوذ •

### الزملات العضوية المخية Organic Brain Syndromes

بنيت إحدى الفئات التشخيصية الرئيسة الواردة في الدليل التشخيصي والاحصائي الثاني DSM-II على أساس من الافتراض بأن التلف المنتشر في وظيفة أنسجة المخ — مهما كان سببه — قد يكون باعثا على المعاناة من قصور في التوجه Orientation ، والذاكرة والذكاء والحكم على الأشياء مصحوب بتغير سطحية في الوجدان ، وهي كلها مجموعة من الاعراض سميت بـ « الزملات العضوية المخية » •

وفي الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث DSM-III تم استبدال التشخيص المسمى « الاضطرابات العقلية العضوية » Organic Mental Disorders مسابقه « الزملات العضوية المخية » اذ يعد الاول أكثر صراحة ومباشرة ، كما يعد المقوم الاساسي لاختلال المخ وظيفيا بصفة دائمة أو عابرة طبقا لتقرير الاجراءات العملية الطبية كالأشعة السينية (X) أو الفحص الدقيق للمخ أو الرسم الكهربى للدماغ EEG أو الفقر الشوكى Spinal tap • الخ • ومازال يرمز اليه على محور رقم ١ بصفته زملة اكلينيكية ، لا على محور رقم ٣ بصفته اضطرابا عضويا ، ولكنه مثال واضح لاستخدام الميعار البيولوجي العضوى للمرض العقلى •

## الذهان Psychosis

اشتق المصطلح الانجليزي **Psychosis** من كلمتين يونانيتين تعبر عنهما الترجمة الحرفية لهما بـ « اضطراب العقل » • وكان « فون فيوتشتير سليبين (Von Feuchter-Sleben, 1945) أول من استخدمه • كما استخدم مرادفا لكلمة «جنون» **insanity** حتى عام ١٩٣٠ تقريبا (Howells, 1970) • ويعد قصور الاداء المعرفي مقومه الرئيس — وبخاصة في الادراك والتفكير — الذي يرتبط بالعجز عن مواجهة مطالب الحياة العادية أو يقود اليه • ولا يوصف معه الفرد عادة بأنه متأخر — حتى ولو كان أداؤه في لختبارات الذكاء والسلوك التكيفي ضمن نطاق التأخر — ولكنه « بعيد عن الاتصال بالواقع » •

وقد استخدم مصطلح «الذهان» في كل من الدليل التشخيصي والاحصائي الثاني والثالث (DSM-II & DSM-III) لوصف نوعية الاضطرابات بدلا من استخدامه كفتة تشخيصية معينة ، وذلك يبيح اقامة ثنائية أساسية بين الاضطرابات الذهانية وغير الذهانية والذي يفصل بين الفئات المدونة في الدليلين بحيث يوفر أحيانا الأساس للتقسيم الى فئات أصغر وأصغر ، كما هو الحال في تمييز الدليل التشخيصي والاحصائي الثاني DSM-II بين الذهاني والزملاط المخية العضوية غير الذهانية •

## الفصام Schizophrenia

على الرغم من أن هذا المصطلح يؤخذ أحيانا ليشار به الى « الشخصية المزدوجة أو المنشطرة » .الا أن الفصام لا يشار به الى ما يلاحظ من أن الناس بإمكانهم فعل أشياء متناقضة بل يفعلونها فعلا . فحين يحدث ذلك فان هذا المصطلح يشار به الى حالة شرود Fugue State أو شخصية متعددة Multiple personality أو تصدع

وانفصال Dissociation ، كما يتم تصويره على أنه ظاهرة عصابية وبخاصة هستيرية . ويقدر ما يشير هذا المصطلح الى الانشطار فانه في الفصام انشطار بين الشعور والمعرفة ، وهو حالة ذهانية .

ومن ناحية ثانية فقد تكاثرت تعريفات معينة للفصام وتتنوع بحيث أدت الى تساؤل بعض النقاد عن قيمتها الحالية . ولقد أشار « بين ، سلون » (Payne & Sloan, 1968) الى أنها قد أصبحت تقريبا مرادفا معاصرا «للخبل» و « المجنون أو المجذوب » ، كما أبدى « هازي ستاك سوليفان » Sullivan مرة ملاحظته بأن الفصام لا يعد حتى مرضا ولكنه طريقة حياة (Opler, 1957) ، وكذلك اقترح «بانيستر» (Bannister 1968, p. 181) أن :

« الفصام — من حيث هو مفهوم لفظي — « ماردم قوي جبار » ، محكوم عليه بالاخفاق قبل البدء في رحلته ، وهو مفهوم منتشر بدرجة كبيرة جعلته غير قابل للاستخدام في إطار علمي » .

وعلى الرغم من المطبوعات التي تربو على الخمسة آلاف ، والتي صدرت قبل عام ١٩٥٨ (Bellak, 1958) وما لحقها من مطبوعات ظهرت بمعدل ثلاثمائة في العام الواحد ، أى بمعدل نمو مقداره ١٠٪ كل عام ، الا أن كثيرا من البحوث قد زادت المسألة تشوشا واضطرابا (Bannister, 1968) . وان عرضا نقديا تاريخيا موجزا سوف يساعد في توضيح القضايا الاساسية .

ففي عام ١٨٦٠ ربط «موريل» Morel بين كلمتي «الخبل» Dementia و «المجنون» Praecox ، ليصف حالة من بلبلة الفهم أو الضمادة لدى فتى صغير ، والتي انحطت الى حالة من الخبل — أى حالة من التدهور المبكر أو قبل الاوان . وبعد ذلك بثلاثة أعوام قام

«كالبوم» (Kahlbaum, 1863) بوصف حالة أو ظرف طبي نفسى خاص وقع فى البلوغ والذى عبر عنه باسم : « فصام هذائى يحدث فى سن المراهقة » Paraphrenia hebetica ، كما قام فى عام ١٨٧٤ بوصف ما يشار اليه الآن «بالتخشب» Catatonia .

وفى عام ١٨٩٨ قام «كرييلين» Kraepelin بالتأليف بين ملاحظات «موريل ، كالبوم» حيث اقترح أن ما قام به هذان الاثنان من وصف كان مظهرين لمرض واحد سماه « الخبل المبكر » ، واعتبره ناجما عن تغيرات عضوية فى المخ (Raschid, 1967) .

وفى الحقيقة ، لقد عد «كرييلين» مجموعة متنوعة من الزملاط مظاهرا لـ « الخبل المبكر » ، وهى تلك المجموعة التى كان معظم المؤلفين فى السنوات المبكرة قد عدوها وحدات مستقلة . وقد ضمن «كرييلين» ثلاثة أحوال سبق وأن وصفها «كالبوم» أو تلامذته وهى : البارافرنيا ( الفصام الهذائى فى سن المراهقة ) ، والهنفريا ، والتخشب ، وما يمكن أن نطلق عليه الآن « البارانويا أو الهذاء » . وفى وقت لاحق ، وعقب اقتراح «بلويلر» Bleuler أضاف «كرييلين» حالة رابعة : أشار إليها بأنها « نوع بسيط » . وكانت السمة العامة التى تجمع بين كل هذه الزملاط والتى ركز عليها «كرييلين» هى التدهور التدريجى المؤدى إلى الخبل أو العته .

وقد بدأ استخدام مصطلح «الفصام» من «بلويلر» (Bleuler, 1911) ، وانطلاقا من صمه لأفكار كل من «كرييلين ، فرويد» (Opler, 1957) فقد قام «بلويلر» بتصور زملة «كرييلين» على أنها اضطراب كانت سمته الجوهرية تبديل ملكة الترابط Association ( ملكة تداعى المعانى ، والأفكار أو الخواطر ) . وقد أوحى بأن حالات كالعته أو الخبل المبكر ، وحالات الهذاء ، والهوسات وذهانات السجن ... الخ كلها مظاهر سلوكية لعملية مرضية وحيدة يمكن وصفها وكأنها انفصام أو انشطار الشخصية (Henderson & Gillespie, 1969) .

وكما فعل «كربيلين» فقد أدرك «بلويلر» أنواعا مختلفة من الفصام ولكنه أوحى بأن التأثيرات البيئية - ظروف خارجية - قامت بدور رئيس في تحديد السلوك غير السوى (Opler, 1957) وانطلاقاً من تأكيد «بلويلر» على البيئة الخارجية - لا على المخ - فقد رفض كذلك رأى «كربيلين» بأن الاضطراب سيؤدى لا محالة الى الخبل أو الغتة ، ومن ثم اقترح أن يحل مصطلح «الفصام» محل «الخبل المبكر» .

وقد أقر «ماير» (Meyer, 1910; Meyer, Jelliffe & Hoch, 1911) مفهوم «بلويلر» الاساسى للفصام ، ولكنه قام بتفصيله ليضمنه تاريخ حياة الفرد . فقد شعر «ماير» بأن الفرد ينبغى أن يدرس منذ بداية حياته ، وأن كل العوامل التى قد تسهم فى نمو الذهان وتطوره ينبغى تقييمها . فهو فى الحقيقة قد أنشأ وجهة نظر شاملة عن المرض العقلى: اذ رأى أنه نتاج التأثيرات البيولوجية والنفسية والبيئية المتفاعلة . وقد أصبح «الفصام» إذن «استجابة الفصام» (Arieti, 1969 b) .

ويعد «ماير» ظهر أن التطور الرئيس قد كان فى التعرف الى أنواع مختلفة من الفصام لا فى تفصيل المفهوم ذاته . وقد بلغت المسألة قممها فى عام ١٩٦٨ ، مع طبع الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى للرابطة النفسية-الطبية الامريكية DSM-II ، اذ تم التوسع فى الانواع الاربعة التى قدمها «كربيلين» لتصبح ثلاثة عشر نوعاً ( وقد حدث عديد من اعادة الصياغة النظرية ، وأكثرها بروزاً وجدارة بالذكر تلك الاعداء التى قدمها «لينج» (Laing, 1960, 1964, 1967) و «كوبر» (Cooper, 1967) وبييتسون (Ruesch & Bateson 1951 ; Bateson, Jackson, 1956) & . ولكن لم يكن لها أى تأثير رئيس على الاتجاه الشائع فى الممارسة الطبية النفسية ) .

لذا كان هناك اتفاق ما فان الاجماع العام قد يكون فى أن الفصام بوصفه مجموعة من الاضطرابات التى تتميز باختلال فى المزاج (الشعور) والسلوك (الافعال) والمعرفة (التفكير) ليس مرضاً أو اضطراباً



الى حد كبير جدا . وتتضمن اضطرابات الناحية المزاجية الاستجابة الانفعالية المزدوجة والمحدودة الضيقة غير الملائمة ، بالإضافة الى فقدان المشاركة الوجدانية والاهتمام بالآخرين ، كما قد يكون السلوك انسحابيا وارتداديا و/أو غريبا . في حين أن الاضطراب في التفكير يشتم بصورة نموذجية بتغيرات في تكوين أو صياغة المفهوم Concept formation التي قد تؤدي الى سوء تفسير الحقيقة أو الواقع ، كما تؤدي أحيانا الى هذات وهلوسات بحيث تبدو غالبا حماية للذات من الناحية النفسية .

والفصام — برغم ذلك — فئة فاصلة مفرقة Disjunctive وقد وصف «شneider» (Schneider, 1958) مثلا أحد عشر عرضا تأتي في المقدمة من حيث ترتيبها ، وأي واحدة منها قد تكفي لتشخيص الفصام إذا حدثت هذه الأعراض في غياب من المرض العضوي (Newmark et al, 1975) وبالإضافة الى ذلك فإنه مع الاستثناء المحتفل لاضطراب التفكير فإن أعراض الفصام ليست فريدة وخاصة بالنسبة له . إذ هي خصيصة مميزة لفئات تشخيصية أخرى بالإضافة الى الفصام (Bannister, 1968)

إن الدور الرئيس الذي قام به اضطراب التفكير تاريخيا في تشخيص الفصام قد أكدته كل من « بين ، سلون » (Payne & Sloan, 1968) . وقد أشار «بلويلر» الى مجموعة من الفصامات ، ولكنه لم يعد المجموعات الفرعية المختلفة مستقلة بشكل تام . وقد اقترح بأنه على الرغم من اختلافها في أعراضها الثانوية إلا أنها تتميز جميعا بعدم ترابط الافكار وازدواجية العاطفة ، والذاتية أو انفلاق الذات Autism وسطحية الشعور (Newmark et al., 1975) .

إن عدم ترابط الافكار — الذي يوصف أحيانا بتشظى عمليات التفكير العادية أو تكسرها — يكشف عنه عن طريق فقدان الترابط ، وفقر التفكير وضعفه ، بالإضافة الى العجز عن تقبل التضاربات

المنطقية • وقد فصل « بين ، سنون » (Payne & Sloan, 1968) القول في هذا الاقتراح بافتراض أربع زمالات مختلفة لاضطراب الفكر والتي اعتقدا بأنها يمكن أن تزودنا بطريقة جديدة في تصنيف معظم المرضى الذهانيين ، وبذلك نتخلص من الحاجة الى مصطلح كالفصام • فقد وصفا هذه الاعراض بأنها : تأخر متوسط ، وتأخر شديد ، وتفكير يتميز بالشمولية المفرطة ، بالإضافة الى ادراك يتميز بالشمولية المفرطة • ولم تلق مثل هذه الطريقة — مع ذلك — قبولا واسعا حتى بين الباحثين ، ومازال الاكينيكيون يستخدمون مصطلح «الفصام» •

### العصاب Neurosis

اشتق المصطلح الانجليزي المقابل لكلمة «العصاب» من كلمتين يونانيتين تعنيان « اضطرابا عصيبا » وكان « ويليام كولين » أول من استخدمهما (William Cullen, 1769, 1776) في تصنيف فئة عامة للأمراض الناجمة عن « الحركات المضطربة أو عن احساسات الجهاز العصبي » (Howells, 1970, Knoff, 1970) • وقد مثل هذا المصطلح تقديم مفهوم مرض وظيفي (Riese, 1959) والذي حدد عن طريق أداء البدن لوظائفه لا عن طريق تركيبه وبنائه ، وقد تضمن مزيجا من الاحوال العصبية والطبية والطبية النفسية • ولكن ربما كان الامر الأكثر أهمية هو أن «كولين» من خلال استبداله بالمفهوم القديم لأخلاق البدن، المفهوم الحديث للجهاز العصبي ، قد مكن الناس من أن يشتكوا من «العصبية» على الاصح لا من « الاوهام والخيالات » أو من « كونهم متمكرى المزاج ساخطين » (Chodoff, 1973) •

وقد كان تعريف العصاب Neurosis — كما جاء في الدليل التشخيصي والاحصائي الثانى — تعريفا نفسيا في المقام الاول ، وذلك من حيث كونه معتمدا على المفهوم النفسى القطيلى ، الذى يعد العصاب طريقة مرضية للتعامل مع القلق ( انظر الفصل العاشر ) ، وعلى انعدام

الاعراض المميزة لاضطراب ذهاني • والنتيجة هي مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بعرض سائد وحيد ، وذلك كمشاعر القلق أو الاكتئاب أو الوسوسة أو القسر والاجبار أو السلوك الرهابي (المرض) الذي يجد معه الفرد ألاما وضيقا (Spitzer & Wilson, 1975). وهذه الاضطرابات ليست بيولوجية-بدنية في أصلها ، بل هي اجتماعية ونفسية المنشأ ، كما تسفر عن سوء توافق اجتماعي أقل قسوة من الذهان •

ان مفهوم العصاب مثال جيد لاستخدام المفهوم الذاتي/النفسى للمرض العقلي ، وبرغم أن الخصائص النفسية قد تظل ثابتة ، إلا أن الاعراض السلوكية المريحة تميل الى التغير من ثقافة الى أخرى في كل من الزمان والموقع الجغرافي • وان جزءا من ذلك يعود الى صياغة المجتمع للتعبير عن الاعراض الدالة على ألم الفرد وحزنه وأسائه ، ولكن جزءا منه كذلك يعود الى المحددات الاجتماعية الثقافية التي يأسى له الفرد ويتألم • وبالتالي ، فإن المفهوم الحالي للعصاب يتضمن متغيرات نفسية واجتماعية وأخلاقية • وهو متغاير بالقدر ذاته الذي يتغاير به مفهوم «كولين» والذي تضمن متغيرات عليية وعصبية ونفسية طبية، كما أن قيمته أصبحت موطنا للتساؤل (Chodoff, 1973).

وقد حذف العصاب بكل معانيه — الا المعنى الوصفي — من الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث (Spitzer, Sheehy & Endicott, 1977 ; Spitzer, Williams & Skodak, 1980) حيث ذكر الدليل بالتحديد حقيقة وجود صراع ضمنى نفسى في كثير من الاضطرابات الطبية النفسية ، وكذلك في أناس لا يعانون من هذه الاضطرابات •

### الهستيريا Hysteria

يعد التشخيص المسمى بالهستيريا الطراز أو النموذج الاصلى لفئة العصاب العامة • وقد درست الهستيريا بصفة منتظمة أولا من قبل

«شاركوه» (Guilain, 1959) Charcot، كما عرفت من الناحية التقليدية بأنها صراع ضمنى نفسى ، أو هى محاولة المريض غير الواعية للاقناع بسلوكه الشاذ غير السوى . ولكنها لم تعرف بالسلوك نفسه على الأصح نظرا لأن السلوك يتم تحديده أو تقريره بشكل أكبر عن طريق البيئة الثقافية الاجتماعية التى يعمل فيها الفرد (Wilson 1931 ; Woolsey, 1976)

وقد عرفت فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM-II بأنها فقدان لا ارادى للوظيفة أو الفعالية أو اضطراب فيها والذي يتميز بأنه يبدأ وينتهى فى مواقف انفعالية مشحونة ، كما ترمز الى صراع نفسى ضمنى ، ويمكن تعديله عن طريق الإيحاء وحده . أما فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث - والمعروف بتأكيد على الاعراض التى يمكن ملاحظتها على الأصح لا على العمليات المستتجة - فقد أدمج مفهوم الهستيريا فى الفئات العامة للاضطرابات ذات الشكل الجسمى (Somatiform Disorders) المتضمنة أعراضا بدنية لا يوجد معها تصور عضوى أو تركيية (ميكانيزم) فيزيولوجية بحيث يمكن اثباتهما أو اقامة دليل على وجودهما ) ، كما أدمج فى الاضطرابات الانفصالية Dissociative Disorders (كالتغيرات المفاجئة المؤقتة فى التكامل العادى للشعور وفى ذاتية الفرد و/أو السلوك الحركى ) .

### الاضطرابات النفسية الجسمية Psychosomatic

يعد الاضطراب النفسى الجسمى اضطرابا بدنيا - يتضمن غالبا تحطم الانسجة - ناجما عن حوادث اجتماعية أو سيكولوجية لا عن عامل بدنى على الأصح . وقد ابتكر «هينروث» (Heinroth, 1818) هذا المصطلح ليشير به الى الأرق (Kaplan, 1967 ; Mora, Insomnia) ولكنه سرعان ما أصبح مرتبطا بمجال واسع من الاضطرابات تتراوح بين المصداق وشرى ( طفح جلدى على صورة بشور تسبب حككا شديدا عادة ) مارة بربو وقرحات فى المعدة ، الى التهاب القولون المتحرق .

و طبقا للدليل التشخيصي والاحصائي الثانى DSM-II فان الاضطرابات النفسية الجسمية - والتي أشار اليها الدليل بالاضطرابات النفسية الفيزيولوجية - تتميز بانحلال عضو واحد أو انحلال نظام عضوى يشارك عادة فى استجابة انفعالية ، نتيجة لاستجابة قوية مدعمة .

وقد كانت الاضطرابات النفسية الجسمية مجالا أساسيا لاثارة اهتمام أصحاب النظريات النفسية التحليلية خلال الأربعينيات ( انظر الفصل العاشر ) . وبرغم ذلك فقد كانت هناك صعوبات كثيرة فى استيعاب هذا المفهوم . اذ هو شبيه الى حد كبير بمفهوم الأعصاب ويخاضة حالات القلق والهستيريا التحولية ، ولكن كان هناك تساؤل عما اذا كان يمكن اعتبار حالة من الحالات التى تبدو فى صورة أعراض جسمية مرضا عقليا . اذ ان ذلك يناقض تماما برهان «ساس» ( Szasz, 1960 ) ضد (اعتبار) الزمات المخية العضوية أمراضا عقلية ( انظر الفصل الأول ) . ونظرا لأن بعض الناس يميزون بين المرض العقلى والأمراض الجسمية على أساس من أسبابها ، وبعضهم الآخر يميزون بينهما على أساس من الأعراض المرضية الظاهرة فإن الاضطرابات العقلية بكل وضوح هى فقط تلك التى ليس لها أعراض جسمية ولا أسباب بدنية . وللأسف فإن مثل هذه الاحوال تتال قبولاً بصفتها « مشكلات فى الحياة والمعيشة » أكثر مما تتال من قبول بصفتها «أمراضا» .

وفيما لا يتجاوز السبعينيات من هذا القرن استبدل بالفئة الخاصة بالاضطرابات النفسية الجسمية ، الفكرة القائلة بوجود مجال واسع من الاضطرابات التى كان لها محددات غير جسمية وفى درجات مختلفة متفاوتة ( Minro, 1972 ) . وفى الحقيقة فإن الوجود الحقيقى الفعلى لبعض الاضطرابات النفسية الجسمية المعينة التى أثبتت فى الدليل التشخيصي والاحصائي الثانى DSM-II كان محلا للتساؤل .

مثلا لذلك الاضطرابات الدموية والليمفاوية النفسية الفيزيولوجية .  
(Spitzer & Wilson, 1975) ، وبالتالي ، فإن التشخيص المعين قد أسقط  
في الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث DSM-III لصالح المحور  
الرابع IV ، والتشخيص المعين الخاص بـ ٣١٦.٠٠٠ وهو : « عامل  
سيكولوجي مؤثر في الاحوال البدنية » ، بالإضافة الى تسجيل الحالة  
البدنية على المحور الثالث . ومن هنا فقد تم الاعتراف بدور العوامل  
غير البيولوجية في الاسباب المؤدية الى جميع الأمراض .

### اضطرابات الشخصية Personality Disorders

إذا طالعنا هذه الفئة في الدليل التشخيصي والاحصائي الثنائي  
DSM-II فأننا سنجدها في الحقيقة تغطي أربع فئات مختلفة :  
اضطرابات الشخصية ، والانحرافات الجنسية ، وادمان الكحول  
والمسكرات ، والاعتماد على العقاقير . أما في الدليل التشخيصي  
والاحصائي الثالث DSM-III فهناك فئات رئيسية مستقلة للانحرافات  
الجنسية ، وادمان الكحول والمسكرات ، والاعتماد على العقاقير ، ولكن  
تعريف « اضطرابات الشخصية » ظل في جوهره ثابتا لم يتغير .

أما المعايير الخاصة بتشخيص اضطرابات الشخصية فهي تعتمد  
على علم الظواهر Phenomenology ، أي الوصف العلمي للاضطرابات  
الواقعية مع اجتناب أي تأويل أو شرح أو تقييم ( كأنماط السلوك  
المتسجمة مع الأنما ego-syntonic بدلا من أعراض الرغبات غير المقبولة  
للذات (ego-dystonic) ) ، وهي كذلك مملك الاضطراب وسيره  
(مدى الحياة بدلا من أن تكون مرحلية) (Spitzer & Wilson, 1975)  
وبعبارة أخرى ، لقد أصبح السلوك الشاذ غير السوي سمة مميزة  
لل فرد ، كما أصبح عادة مؤلما وموجعا لأولئك الذين يحتكون بالفرد  
المريض أكثر من إيلاهم وإيجاعه للمريض نفسه . كذلك فإن الآخرين  
يقومون بطلب التدخل العلاجي لمصلحة المريض بدلا من أن يقوم المريض  
نفسه بطلب ذلك لنفسه .

وقد نوقشت اضطرابات الشخصية بتفصيل أكثر في الفصل السادس .

### الاضطرابات الجنسية Sexual Disorders

سوف نقوم بوصف الاضطرابات الجنسية بتفصيل أكثر في الفصل السادس ، ولكن هناك نقطتين أكثر مناسبة وتلاؤما للمناقشة والحراسة في الفصل الحالي والذي خصص بصفة أساسية للحديث عن مبادئ التصنيف وقواعده .

استخدم الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني DSM-II مصطلح « الانحرافات Deviations الجنسية » ( بدلا من المصطلح الأقدم « الانحرافات Perversions الجنسية » ) . وقد عرفه هذا الدليل على ضوء الأفراد الذين يوجهون اهتماماتهم الجنسية بصفة أساسية نحو ما يلي : أ - موضوعات أخرى غير الأفراد المغايرين لهم في النوع (Sex) ، ب - أو نحو أعمال جنسية لا ترتبط عادة بالجماع أو الاتصال الجنسي ، ج - أو نحو اتصال جنسى تم في ظل ظروف غريبة وشاذة .

ولقد انتقد اخفاق الدليل في تضمين عدد كبير من ظل الوظائف الجنسية - مثل قذف المنى مبكرا ( قبل بلوغ ذروة التهييج الجنسي ) ، وتقلص المهبل، والاختلال الوظيفي في هزة الجماع أى الخلل في الوصول الى ذروة الاثارة لدى الانثى - والتي عدت من الناحية الاكلينيكية أكثر أهمية من بعض الانحرافات الجنسية في السبعينيات من هذا القرن . (Spitzer & Wilson, 1975) ، ولكن الطريقة التي أعيد بها تصنيف انحراف معين - اللواط أو اشتهاؤ المثل أو الجنسية المثلية - يعد أكثر أهمية من ذلك بالنسبة لأهدافنا الحاضرة .

ففى عام ١٩٧٢ بدأت الحملة العلمية التي خصصتها الرابطة النفسية الامريكية لوضع المصطلحات والاحصاءات الخاصة بها

— بدأت — بدراسة ما إذا كان اللواط أو اشتهاؤ المثل ينبغي اعتباره اضطرابا عقليا . وقد حاول «سبيتزر» (Spitzer, 1973) البرهنة على أنه برغم عدم وجود استنتاج ينبغي اتخاذه دليلا على أن اللواط يعد أمرا عاديا أو مساويا في قيمته لاشتهاؤ الغير إلا أنه (اللواط) لم يف بالمعايير الخاصة بالاضطراب العقلي . وقد تمت المصادقة بصفة رسمية على ما اقترحه مجلس الامناء عام ١٩٧٣ من تغيير في تسميته . ولكن كثيرا من أعضاء الرابطة رفضوا هذا التغيير بحجة أنه غير صحيح أو سليم من الناحية العلمية ، وأنه قد تجاهل نتائج العمل الاكلينيكي لعشرات من السنين في دراسة اللواط أو اشتهاؤ المثل . وقد عقد فيما بعد استفتاء بين أعضاء الرابطة أيد فيه ٥٨٪ من الاعضاء قرار تغيير وضع اللواط أو اشتهاؤ المثل في مقابل ٤٢٪ لم يؤيدوه ، وفي الطبعة السابعة بل الطبقات اللاحقة من الدليل التشخيصي والاحصائي الثاني DSM-II تم احلال « اضطراب التوجه الجنسي » محل التشخيص (المسمى) باللواط أو اشتهاؤ المثل (Spitzer & Wilson, 1975) ولا يمكن أن يكون هناك دليل أوضح من ذلك على دور الاحكام النابعة من قيمة اجتماعية في وضع تعريف لمرض عقلي .

### موجز واستنتاجات

من الصعب أن نوفر تصنيفا للأمراض العقلية يتميز بالوضوح والقبول بصفة عالمية ، إذا لم يكن هناك تعريف واضح ومقبول بصفة عالمية كذلك لما نحن بصدد تصنيفه . وبرغم ذلك فمازالت المحاولات مستمرة لتوفير هذا التعريف ، وتعد المحاولة التي يقوم بها الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث الصادر عن الرابطة النفسية الطبية الامريكية DSM-III أحدث هذه المحاولات ، ولكن الاحتمال الذي نستبعده هو أن تكون تلك المحاولة هي الاخيرة .

ويميل التاريخ الى السير في دوائر ، وقد كشف تاريخ التصنيف



في الطب النفسي مسبقا عن اتجاه دائري : حيث زيدت الفئات وتوسع فيها لتحسين شمولية النظام التصنيفي ، ثم اتبع ذلك بتقليصها واختصارها لتحسين القدرة على استيعابها وفهمها وفائدتها العملية . ومع تزايد الفئات والانتساع فيها فإن أى خطة تشخيصية لا تصبح غير عملية فقط ، بل تميل بشكل متزايد إلى الزام من يقومون باستخدامها باستخراج وجوه التمييز والتفريق الدقيقة بين هذه الفئات . ولكن عددا قليلا جدا من هذه الفئات قد يخفق في إيجاد هذه الوجوه الضرورية من التفريق والتمييز . ولقد أكد طبع الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث اتجاهها آخر كأن واضحا في انتقاد كل من التصنيف الدولي الثامن للأمراض ICD-8 والدليل التشخيصي والإحصائي الثاني DSM-II : وهو اتجاه — بطريقة « فرانسوا دي سوفاج » — نحو الوصف الموضوعي المفصل والبعيد عن العمليات المستتجة وأسباب الأمراض المؤدية إليها . وهذا الاتجاه سوف ينعكس وينقلب على وجه التأكيد في المستقبل القريب . أن التأكيد على الوصف الموضوعي سوف يحسن بالتأكيد من أساليب التفاهم والتواصل بين مستخدمي المخطط أو المشروع التصنيفي ، ولكن ذلك سيتم على حساب مشروع آخر ذي وظائف أساسية للتصنيف : ألا وهو التقدم في فهم الظواهر التي يتم تصنيفها . وينبغي للتصنيف العلمي أن يحاول التغلغل إلى ما وراء نظام حفظ المعلومات عن طريق استخدام البطاقات والنموت التي تتضمن كلا من العلاقات بين الفئات المختلفة وخصائص الفئات : تلك التي لا تبدو ظاهرة في الحال من المعلومات والبيانات القابلة للملاحظة .

وربما بسبب هذا الاتجاه ما تزال هناك مشكلة واحدة في حاجة ماسة إلى المعالجة بأسلوب قوى متماسك ، ألا وهي ما أصبح يشار إليه بسير Course الاضطراب وتقدمه ، مع افتراضه وجود وحدات مرضية ثابتة ، بيولوجية أو نفسية تتغير أعراضها مع مرور الوقت (Howells, 1970) . ومما يتصل بذلك هو مدى تغير أعراض مرض

ما من عصر الى عصر ومن ثقافة الى ثقافة ، تلك المشكلة التي عاش  
«بنيدىكت» (Benedict, 1934 a) و«ويجروكى» (Wagrocki, 1939)  
يصارعان معها منذ أربعين عاما مضت .

ومع ذلك فهناك مجموعة صغيرة من الفئات التشخيصية التي تحمل  
لب المعنى المقبول بصفة عامة ، والذي يتصل عادة بمفهوم أساسى في  
دراسة المرض العقلى — كالصراع والاتصال بالواقع والاسباب  
العضوية في مقابل الاسباب الوظيفية ... الخ — كما بقيت حية به  
زوال نوع من تعريفات أو إعادة تعريفات معينة . وقد تم وصف هذه  
الفئات في النصف الاخير من هذا الفصل . وسوف نقوم بوصف  
بعضها بتفصيل أكثر في الفصول ٤ ، ٥ ، ٦ .

## الفصل الثالث

### الاجراءات التشخيصية في الطب النفسى

ناقشنا في الفصل الأول المفاهيم الأساسية للشخص والمرض العقلى ، وفي الفصل الثانى أوجزنا مبادئ التصنيف التشخيصى بصفة عامة ، والبرامج الرئيسية للتصنيف الطبى النفسى بصفة خاصة . وفي هذا الفصل سنقوم بوصف الاجراءات المستخدمة فى الوصول الى تشخيص ما للفرد المريض . ثم نتبع ذلك بمناقشة صدق مثل هذه التشخيصات وثباتها .

ان بعض التشخيصات بديهية بينة بذاتها ، لأنها عادة ما تكون ببساطة إعادة صياغة أو ترجمة للمشكلة الموجودة الى اللغة الاصطلاحية المهنية ، أو اللاتينية ، أو اليونانية . « فالاضطراب السلوكى للطفولة » و « الاستجابة التوافقية للحياة المتأخرة » و « رهاب الخلاء » و Agoraphobia أو « الخوف المرضى من الارض الفضاء » و « ألم الرأس » Cephalagia كلها مصطلحات وصفية ومماثلة لتشخيصات « التهاب الزائدة الدودية » و « التهاب اللوزتين » فى الطب الجسمى . ولا يحتاج الفرد الى اجراءات خاصة للتعرف الى هذه الاحوال : فالاسماء تضمها جميعا . ولكن أحوالا أخرى قد تستلزم مجموعة مكثفة من الاجراءات كل منها قد تم تطويره بوصفه مجالا من مجالات الخبرة الطبية أو المساوية للطبية لدرجة أن الستينيات والسبعينيات من هذا القرن قد شهدت استخدام الفريق التشخيصى الجماعى بدلا من الشخص الفردى فى كثير من المجالات .

ويعتمد أى تشخيص طبي نفسى على معلومات مستقاة من مصدرين أساسيين يعطيان معا ثلاثة مجالات من البيانات والمعلومات التى أكد عليها فى الفصل الاول وهى : فحص حالة المريض البدنية ، والمقابلة الشخصية التى تدمج أخذ تاريخ المريض وفحص وضعه العقلى والتى تستكشف بالتالى الجوانب الثقافية الاجتماعية والجوانب النفسية من وظيفة الفرد وأدائه . ومن الممكن تكميل هذه البيانات والمعلومات بفحوص واستقصاءات خاصة ، ومن أكثر هذه الفحوص شيوعا تلك التى تقوم بفحص المريض من الناحية العصبية (البيولوجية) ، كما تقوم بتقييمه وتقديره وتقييما نفسيا (سيكولوجيا) ، ويتضمن التاريخ الاجتماعى ( الثقافى الاجتماعى) .

### الاجراءات التشخيصية البيولوجية

ثرى وجهة النظر البيولوجية المتطرفة أن كل المرض العقلى - سواء أكان ذلك ما يكشف عنه فى صورة سلوك شاذ أم خبرة مضطربة - يعد عرضا دالا على اضطراب بدنى ضمنى ( انظر الفصل السابع ) . وتلك حقا وجهة نظر متطرفة . وبرغم ذلك فإن نسبة تبلغ ٤٤٪ من المرضى المقبولين بأحدى وحدات الطب النفسى قد تبين أنهم كانوا يعانون من حالة بدنية تستلزم العلاج (Marshall, 1949) ، وأن نسبة تبلغ ١٢٪ منهم كانوا يعانون من مرض بدنى بصفته عاملا رئيسا معجلا (Johnson, 1968) ، كما وجدت نسبة منهم تبلغ ٣٤٪ تم تشخيصهم - من قبل أطباء عموميين - على أنهم «عصابيون» قد أظهروا اضطرابات عضوية قابلة للتعرف عليها خلال الأشهر الثمانية التالية لتشخيصهم (Comroe, 1936) . فالفحص البدنى اذن جزء ضرورى من عملية وضع تشخيص طبي نفسى .

### الفحص الطبى المعيارى

على الرغم من وجود اختلاف ما فى الرأى بين الاطباء النفسيين

فيما يتعلق بحاجة كل مريض الى فحص طبي كامل ، الا أنه ينبغي على الاقل دراسة الوضع الطبي لكل مريض ، وأن يوضع في الاعتبار (Freedman, Kaplan & Sadock, 1976) . وسيتم إنجاز ذلك في معظم الحالات بواسطة طبيب الاسرة الذي ذهب اليه المريض أولاً طالبا العون والمساعدة ، والذي قام بالتالي بإحالتها إلى طبيب نفسي . وفي حالات أخرى — من ناحية ثانية — ستكون دراسة الوضع الطبي للمريض مسئولية الطبيب النفسي ذاته .

ويتكون الفحص الطبي المعيارى من مقابلة شخصية يتم من خلالها الحصول على التاريخ الطبي لكل من المريض وعائلته بالإضافة الى الفحص الطبي نفسه . وينبغي لهذا الفحص أن يشمل جميع الاجهزة : الاوعية الدموية القلبية ، والجهاز المعدي المعوي ، والجهاز البولي والتناسلي ، والجهاز الغدى ... الخ . ولكنه في الاوضاع الطبية النفسية يؤكد على الارجح على الجهاز العصبى المركزى ، وبذلك يندمج في الفحص العصبى النيورولوجى .

### الفحص النيورولوجى (العصبى)

ان الهدف من الفحص النيورولوجى هو تصديد وجود جوانب شذوذ في الجهاز العصبى أو انعدام هذه الجوانب الشاذة ، فإذا وجدت أى نواح من الشذوذ في هذا الجهاز فان اهتمام هذا الفحص سينصب على موقعها ونوعها ومداه ، كما سينصب على درجة امكانية استخدام الاجزاء السليمة من الجهاز في اعادة تأهيل المريض .

ويبدأ الفحص الروتينى من أعلى مستويات التكامل الى أدناها (Vazuka, 1962) . وتتمثل أدنى مستويات التكامل في المنعكسات Reflexes ، كما تفحص هذه المستويات عن طريق الانقر على الاوتار المناسبة أو بضرب أجزاء معينة من البدن . ويلى ذلك فحص الجهاز الحسى وإدراك اللمس والألم ، ويدخل في ذلك الجهاز الحركى — الذى

يستلزم فحص صحة العضلات وقوتها ثم فحص وظيفة المخيخ التي تتحكم في التوازن والتآزر . أما المستويات الاعلى فهي الاعصاب الججمية Cranial التي تقوم بخدمة الرأس وحواس التذوق والبصر والسمع ، وهى كذلك الوظائف المخية . ويعد اختبار الوظائف المخية فحصا بالضرورة للحالة العقلية ( انظر أدناه ) .

وهناك عدد من الاجراءات المعملية التي تكمل الفحص النيورولوجى الروتينى ، وذلك مثل الرسم الكهربى للدماغ EEG ، والفحص الدقيق للمخ Brain scan ، والتقب القطينى (متعلق بأسفل الظهر) Lumbar puncture .

### المقابلة الشخصية الطبية النفسية

تعد المقابلة الشخصية الاسلوب الذى يؤكد عليه الطبيب النفسى تأكيدا قويا . وهذا الاسلوب ليس فريدا بالنسبة للطب النفسى ، اذ هو أمر أساسى بالنسبة لممارسات جميع المهنيين وبحوثهم والعلوم المهتمة بالسلوك الانسانى فى اطار اجتماعى . وتعد معرفة عملية المقابلة الشخصية فى الحقيقة مطلبا لازما لاجراء أى نوع من خدمات العلاقات الشخصية المتبادلة . سواء أكانت صحية أم قانونية أو تربوية . كما أن استخدامهما فى الفحوص الطبية والعصبية الروتينية قد دون ولوحظ بصفة مسبقة من قبل الباحثين . ولكنها ذات أهمية أساسية فى الطب النفسى لاعتماد العلاج والفحص برمتها عليها . فجميع أنواع العلاج النفسى - ابتداء من العلاج المساند أو المعين Supportive الذى يتضمن اعادة الطمأنينة الى المريض وانتهاء بالعلاج التحليلى الذى يهدف الى استبصار الفرد بحالته - تعد تعديلا وتحويرا لطريقة المقابلة الشخصية الاساسية .

وقد خضعت المقابلة الطبية النفسية لتغير كبير خلال الستين سنة الماضية ( انظر : Stevenson, 1974 ) فما كان يعد فترة بسيطة

للسؤال والجواب أصبح تفاعلا ديناميا بين الطبيب النفسى ومريضه حيث يهتم الطبيب لا بما يقوله المريض فحسب - فى كل من اجابته على الاسئلة الموجهة اليه وما يقوله بصفة عفوية تلقائية - بل بالطريقة التى يقول بها ما يقوله ، والتى يبدو بها أمام الطبيب النفسى ، بالاضافة الى ما يفظه المريض . وفى المقابلة الجيدة لا يصنع القائم بالمقابلة فقط أو يستجيب لمن يقابله ، بل انه يلاحظ بوعى وادراك تفاعل المريض بحيث يستخدم ملاحظاته فى السيطرة على التفاعل وتوجيهه الى مدى أبعد ، فهو يعمل فى هذه المقابلة بصفته ملاحظا مشاركا فى الوقت نفسه (Sullivan, 1953 ; Tyhurst 1962) .

وينبثق مفهوم المقابل بصفته ملاحظا مشاركا من نظرية « هارى ستاك سوليفان » فى الطب النفسى (Sullivan, 1953) والتى أورد فيها الأدلة مؤكدا على أن البيانات والحقائق الاساسية للطب النفسى هى أحداث مليئة بالعلاقات الشخصية المتبادلة ، بحيث يقوم فيها الطبيب النفسى دائما بدور المشارك النهك فيها لا بدور الملاحظ البعيد عن الاستغراق والانهمك فى هذه الاحداث على الاطلاق . وسنعود الى مناقشة هذا الموضوع بتفصيل أكثر فى الفصل الثانى عشر .

### عمليات المقابلة

لقد تم التعرف الى أربع عمليات رئيسية فى المقابلة الطبية النفسية، وهى : أسلوب المقابل وطريقته ، وادراكه لسلوك المريض وحديثه ، والاستنتاجات والقرارات التى يتخذها المقابل على أساس مما أدركه ، بالاضافة الى ارفاق صفة أو بطاقة تشخيصية خاصة بالمريض (Shepherd et al., 1968) . وعلى الرغم من أن هذه العمليات تحدث بالضرورة فى هذا الترتيب الا أن المقابلة نفسها ليست حدثا متتابعا بل حدثا تكراريا ، اذ يمكن تعديل أسلوب المقابل وطريقته على ضوء ادراكه لسلوك المريض وحديثه ، وكذلك يمكن بالتالى تعديل كل من الاسلوب

والادراكات على ضوء الاستنتاجات والتشخيصات المؤقتة التى سبقتها اليها المقابل . وفى الحقيقة فان المقابلة التى تدار جيدا تتضمن دائما تنمية وتطويرا للافتراضات المساعدة ، اعتمادا على الملاحظات التى يتم تنقيحها وتعديلها بصفة ثابتة على أساس مزيد من الملاحظات الأبعد مدى بحيث تستمر هذه العملية طوال المقابلة .

وفى مستوى من التحليل أجود الى حد ما — ذلك المستوى الذى يتيح الفرصة لشيء من التبصر فى التفاعل الشخصى المتبادل الذى يقع أثناء المقابلة — تم التعرف الى خمسة مفاهيم أساسية بالاضافة الى مفهوم الملاحظ المشارك ( الذى ألمعنا اليه سابقا ) . وهذه المفاهيم هى: الإشارة أو العلامة Cue ، والانتقاء أو الاختيار ، والاستجابة الفارقة المميزة ، والمعنى المأخوذ من السياق والاطار ، بالاضافة الى الدور (Tyhurst, 1962) .

### مفهوم الإشارة أو العلامة Cue

حين يتفاعل اثنان من الناس فان سلوكهما يتحدد — بصفة جزئية — عن طريق الاشارات أو التلميحات التى يقدمها كل منهما الى الآخر . فالإشارة اذن بصفتها مفهوما تعد مشابهة بصفة مباشرة لما يطلق عليه عالم النفس الاكاديمى مفهوم «المنبه» .

وبالنسبة لأحداث المشاركين فانه يجد هذه الاشارات فى جميع جوانب سلوك المشارك الآخر وفى مظهره كذلك : فبالاضافة الى ايماءاته وكلامه الواضح فان هذه الاشارات تشتمل على خصائص المشارك البدنية : والتغيرات الفيزيولوجية التى تبدو عليه وفى جلسته وملابسه ... الخ ( انظر : Ekman Friesen, 1969, 1974 ) . فهى اشارات تشكل العلامات والاعراض الدالة على المرض العقلى . ولكن التعرف



الى هذه الاعراض أو العلامات يعد استنتاجا يقوم به المقابل ( انظر كذلك : (Rachman, 1978).

كذلك فانه ينبغي الإشارة الى نقطة أخرى تتعلق بهذه الاشارات، ألا وهي أنه برغم أن بعضها يتم تقديمه سواء أَرْضَى الفرد أم أبى إلا أن بعضها الآخر قد يتحتم على المقابل القيام باستباطها واستخراجها . فالتعبير عنها يعتمد بالتالى على أسلوب القائم بالمقابلة وطريقته (Leff, 1977).

### مفهوم الانتقاء أو الاختيار

نظرا لأن الاشارات يتم تقديمها طيلة وقت المقابلة ، كما أنها توجد في كل جانب من مظهر الفرد وسلوكه فمن المستحيل الانتباه اليها جميعا، ولابد من القيام أذن بشيء من الانتقاء والاختيار لا ينتبه اليه من هذه الاشارات . وفي بعض الحالات قد تكون اشارة ما من الاشارات بارزة الى حد كبير قد يتعذر معه عدم الاهتمام بها والانتباه اليها ، فالشخص الذى يتحدث بصوت عال جدا وبسرعة شديدة مع تغيرات سريعة لموضوع الحديث يوجه الاهتمام الى حديثه وعمليات تفكيره على نحو حاسم بدرجة مساوية تماما لرجل يلفت الانتباه الى مظهره البدنى بجلوسه الى مائدة مشطورة نصفين . ولكن في حالات أخرى يجب أن تكون هناك عملية اختيار وانتقاء أكثر فعالية ونشاطا . وبالنسبة للطبيب النفسى ، فان هذه العملية ستتوقف مرة ثانية على طريقته وأسلوبه في المقابلة (Leff, 1977).

ان اختيار الاشارات وانتقاءها ليس مقصورا على الطبيب النفسى أو القائم بالمقابلة ، اذ يقوم بها كذلك الفرد الذى تتم مقابلته . فالاشارات التى يفتارها الشخص والثى يستجيب لها أو ينتبه اليها يمكن أن تقدم معلومات مهمة عن اهتماماته واتجاهاته . كما أنه يمكن رؤية بعض الفروق الفردية الواضحة في الطريقة التى يفتار بها الناس جوانب مختلفة من بيئتهم ويوجهون لها اهتمامهم (Mischel, 1977).

وقد قام كيلي (Kelly, 1955, 1963) بشرح هذه الحقيقة بالتفصيل في نظريته عن الشخصية والتي أطلق عليها : التكوين الشخصي Personal construct ( انظر الفصل العاشر ) .

### مفهوم الاستجابة الفارقة المميزة

ان استجابات شخصين مختلفين ستختلف بطريقة ما حتى اذا اختارا الاشارات ذاتها واستجابا لها هي نفسها . وقد أسس مفهوم الشخصية بصفة تقليدية اعتمادا على دراسة مثل هذه الفروق الفردية في الاستجابة . فقد تستنتج البارانونيا (الهذاء) مثلا من استجابة حذرة لما قد يعده بعض الناس اشارة حميدة غير ضارة أو مؤذية .

### مفهوم المعنى في سياق معين

يمكن تقرير الاشارة نفسها غالبا عن طريق أوضاع من الظروف مختلفة جدا ، فعلى سبيل المثال : تعد النظرة الخالية من التعبير خصيصة مميزة لكل من المراهق الذي أضناه الحب ، والمراهق المصاب بالفصام . ويعد انتقاد «ويجروكي» (Wegrocki 1939) الذي وجهه الى المفهوم الثقافي الاجتماعي للمرض العقلي والذي قدمته «بنديكت» (Benedict, 1934 a) دليلا جوهريا على هذه النقطة ، ( انظر الفصل الاول ) . وتبدو أهمية ذلك بالنسبة للمقابلة التشخيصية في أنه ينبغي ألا نقوم باستنتاج ما يتعلق بمعنى اشارات منفصلة عن الموقف ومدلولها ، بل بمعنى اشارات تقع في سياق اشارات أخرى تزودنا بمعلومات عن الوضع الاجتماعي العام للفرد ومدلولها ، وعن توافقه ، والأسباب التي تجعله يسلك بالطريقة التي يفعلها ويتصرف بها .

من ناحية ثانية فان السياق يعني أكثر من الوضع الاجتماعي للفرد وتوافقه ... الخ . فهذا في الحقيقة هو مظهره الأقل وضوحا . ومن وجهة نظر المريض فانه من المرجح بصفة أكثر أن يكون الوضع

المادى البدنى للمقابلة هو السياق ، وذلك كالغرفة التى تجرى فيها المقابلة ، فهى مليئة بالإشارات والتلميحات التى يمكن أن يكون لها تأثير شديد على سلوكه .

ويعد ملبس المقابل وطريقته المميزة فى الكلام أو السلوك أو الأسلوب أحد الملامح الخاصة للسياق البيئى . فالمعطف الأبيض مع سماعة الطبيب المعلقة فى جيب المعطف بالإضافة الى حلة ذات ثلاث قطع مع وردة فى طية صدر السترة وبلوفر برقبة عالية وينظفون فضفاض ... كل ذلك يؤدى على الأرجح الى استجابات مختلفة للسؤال نفسه الموجه الى من يقابل . واعترافا بأهمية هذه الخصائص البيئية فقد قامت كثير من وحدات الطب النفسى فى الستينيات بإزالة شارات مكاتبها وعلاماتها المميزة — كالمعطف الأبيض مثلا — من هيئة العاملين فى هذه الوحدات لما مالت اليه مثل هذه الزخارف من تحديد السياق أو الاطار المكانى والوظيفى وتعريفه بطريقة عدت آنذاك مناقضة للممارسة العلاجية النفسية الجيدة .

ويتسق هذا الاجراء مع مفهوم الايثولوجيين ( المتخصصين فى علم الاخلاق الاجتماعية ) عن الاقليمية (Lorenz, 1966) القائل بأن الفرد حين تتم مقابلته فى اطار من بيئته الخاص ينبغي أن يتصرف ويبدو بمظهر مختلف عن تصرفه ومظهره حين يقابل فى مكتب الطبيب النفسى . ولكن أحد المضامين الأكثر اتصالا بذلك الى حد بعيد هو ما لوحظ من أن معظم الزملاء الطبية النفسية الرئيسية كانت قد شرحت ووصفت فى الاصل خلال السنوات الاخيرة من القرن التاسع عشر والسنوات الاولى من القرن العشرين — أى قبل عام ١٩٥٠ . وقد تم ذلك قبل التعريف بأنواع العلاج المعاصرة التى تستخدم الادوية والعقاقير ، وقبل وقت ما حين يحتمل أن تكون الاتجاهات الاجتماعية آنذاك تجاه المرض العقلى قد اختلفت . ولكن ذلك كان أيضا عصرا من الطب النفسى الذى كان يمارس فى مؤسسات خاصة بالاقامة الداخلية ، كما أن الوصف

التقليدى للزملات الذهانية — بنوع خاص — تمثل سلوك المريض وتصرفه من خلال وضع تسلطى يخضع فيه المريض وحقوقه اخضاعا كاملا لنظام الإقامة فى المؤسسة ومصحتها . وقد تميز الطب النفسى فى الستينيات والسبعينيات من هذا القرن بالتحرك بعيدا عن المؤسسات العلاجية الداخلية الكبيرة والاتجاه نحو معالجة المرضى فى بيوتهم المرتبطة بجماعاتهم وجمالياتهم ( انظر الفصل الثالث عشر ) ، كما يلاحظ كثير من المختصين فى الصحة العقلية اليوم أن سلوك مرضاهم لا يتطابق مع الاوصاف الواردة فى الكتب المقررة التقليدية .

### مفهوم الدور

لقد عرف الدور بأنه « السلوك أو السلوك المتوقع المرتبط بموضع أو حالة داخل تركيب اجتماعى ما » (Wiggins et al., 1971, p. 100) وفى المقابلة الشخصية ، يتخذ كل من المشاركين فيها دورا ، كما يخصص كل منهما للآخر دورا . ومن المهم من وجهة نظر المريض أن يكون سلوك القائم بالمقابلة وتصرفه متساوقا بالضرورة مع الوضع الذى يتم فيه اجراء المقابلة ، نظرا لأن ذلك الوضع يحدد بصفة جوهرية توقعات من تتم مقابلته (المريض) . وأى تناقض أساسى فى سلوك القائم بالمقابلة وتصرفه سيؤدى إلى نقل اشارات وتلميحات متناقضة الى من تتم مقابلته ، بالإضافة الى تسببه فى فترة من الاضطراب والتشوش بل انه يؤدى حتى الى انعدام الثقة .

### مفهوم الملاحظ المشارك

يتخذ الناس عديدا من الادوار ، ولكن الدور الذى ينبغى للقائم بالمقابلة اتخذه — بوصفه مقابلا — قبل كل الادوار الاخرى هو دور الملاحظ المشارك معا .

فالمعلومات التى حصل عليها الطبيب النفسى أثناء فترة مقابلة

أجريت جيداً لم تتم ملاحظتها ببساطة : حيث قد استثريت و/أو اختبرت بطريقة أو أخرى من قبل الطبيب النفسى . ومن بين الخصائص الرئيسية التى يتميز بها المقابل أنه يدير عملية تجمع بين المشاركة والملاحظة الواعية . ولكن مفهوم الملاحظ المشارك يعنى شيئاً أكثر من ذلك ، إذ لا يقوم المقابل فقط بالانصات والاجابة ، بل انه يستخدم ملاحظاته فى صياغة افتراضات تقود استجاباته وأسلوبه فى المشاركة .

وفى ظل الظروف العادية فان ادارة المقابلة طبقاً للاستنتاجات والتشخيصات المؤقتة يؤدى الى مضاعفة فعاليتها : إذ لا توجه للمقابل أسئلة غير ضرورية ، كما أن وقت المقابل لا يضيع هدراً بالإضافة الى عدم خضوع المريض لضغط غير ضرورى . لذا، أُنجزت المقابلة الى درجة مفرطة زائدة عن الحد فان ذلك على كل حال قد يؤدى الى انتهاء المقابلة انتهاء مبكراً أو غير ناضج ، كما قد تؤدى الى الإخفاق فى استخراج معلومات ، مما قد يؤدى الى رفض التشخيصات المؤقتة بدلاً من قبولها على الاصح (Leff, 1977) . ولهذا السبب فان المقابلة الطبية النفسية تعطى قدراً مؤكداً من البناء والتنظيم بالإضافة الى اشتغالها على التاريخ الشخصى للمريض وفحص وضعه من الناحية العقلية .

### التاريخ الشخصى : فحص الحالة العقلية بشكل غير مباشر

كما لاحظنا سابقاً فان الفحص الطبى المعيارى يتضمن تسجيل التاريخ الطبى لكل من المريض وعائلته . فذلك التسجيل — على كل حال — مكمل بالضرورة للفحص البدنى . وفى الطب النفسى — حيث يعد كل من طبيعة الاضطراب وسببه أمراً نظرياً أكثر من كونه حقيقة — يعد تسجيل التاريخ الشخصى أمراً ذا أهمية أساسية ، وهو ما يشار اليه فى بعض الاحيان بالفحص غير المباشر للحالة العقلية .

وينبغى أن يزودنا التاريخ الشخصى الكامل بصورة عن نمو المريض

وتطوره ، وتوافقه طوال حياته ، كما ينبغي أن يتضمن المظاهر البيولوجية والنفسية والاجتماعية لتطوره . ولهذه الغاية ينبغي لهذا التاريخ أن يشتمل على معلومات تتعلق بالعوامل الوراثية والاسرية التي يحتمل أن يكون لها تأثير على شخصية المريض ومرضه ، كما تتعلق بتفاصيل عن الحمل والولادة ، وتطوره من الطفولة الى حياة الرشد وتوافقه مع المدرسة والعمل والزواج والمجتمع . ومن هنا فان التاريخ الشخصي ينبغي أن يحون تاريخ كل من الصحة البدنية والصحة العقلية ، وأن يزدنا بإشارة ما عن أداء المريض قبل أن يصبح مريضا ، أى عن شخصيته قبل المرض .

### فحص الحالة العقلية

يعد الفحص المباشر للحالة العقلية النظير العقلي للفحص البدني ، فهو تقييم وتقدير روتيني لكل العمليات العقلية الرئيسية ، ويتضمن وصف مظهر المريض ، وسلوكه العام ، ونشاطه الحركي ، وحديثه ، وحالته المزاجية ، كما يتضمن أدائه المعرفي والذي يشمل يقظته أو انتباهه وموقفه تجاه مرضه بالإضافة الى رد الفعل الذي يثيره في الفحص أو المختبر (Freedman, Kaplan & Sadock, 1976) ويتضمن فحص الاداء المعرفي — بنوع خاص — بنودا معينة مأخوذة غالبا من اختبارات سيكولوجية مقننة ، وذلك كالقدرة على ترديد سلسلة متتابعة من الاعداد ، وذكر معاني أمثال وأقوال مختارة .

ولا ينفذ فحص الحالة العقلية في مرحلة خاصة من مراحل المقابلة الطبية النفسية ، بل ينبغي البدء به عند الاتصال بالمريض أول مرة ، كما ينبغي أن يمتزج بالمقابلة ، مع أسئلة وتفصيلات معينة توجه الى المريض في مراحل مناسبة من المقابلة . من ناحية ثانية فان فحص الاداء المعرفي بقدر ما يستلزمه من تطبيق غير رسمي لبعض الاختبارات النفسية سيكون أكثر بناء وتنظيما من أجزاء أخرى من المقابلة ، كما سيكون أفضل عادة اذا ما طبق في نهاية المقابلة (Tyhurst, 1962) .

## تنظيم اجراء المقابلة وجدولتها

رغبة في التخلص من بعض التغير والاختلاف في طريقة المقابلة وأسلوب اجرائها والذي ينتج عن الاختلافات بين الاطباء النفسيين من حيث خبراتهم وتدريبهم ( انظر أدناه ) فقد ظهر عدد من المحاولات لتقنين الملاحظات والاسئلة الموجهة الى المقابل بالإضافة الى تسلسل الاسئلة الموجهة اليه وتتابعها ، وكذلك لتقديم بعض التوجيهات الخاصة بتسجيل الملاحظات والاستجابات التي يقوم بها المريض (Spitzer, Burdock & Hardesty, 1964 ; Wing et al., 1967 ; Spitzer, Endicott Mesinkoff & Cohen, 1967-68 ; Burdock & Hardesty, 1968 ; Spitzer, Endicott, Fleiss & Cohen; 1970). ويؤدي بنا ذلك الى الحديث عن موضوع التقدير أو التقييم السيكولوجي وقضيتي ثبات المقابلة التشخيصية وصدقها .

## التقييم والتقدير السيكولوجي

ترجع جذور علم النفس الاكلينيكي الى جانبين متميزين من نظامه الأصنى هما : نظريات الشخصية الدينامية واجراءات القياس السيكولوجي (Watson, 1953) . ومن الجانب الاخير تطور التقدير والتقييم السيكولوجي ونما ، ولكن أثناء فترة تطوره من تقييم العمليات الحسية والمعرفية الى تقييم الشخصية تم نموه ليلائم النظريات الدينامية ويتوافق ويتكيف معها . وحين ننظر الى علم النفس التحليلي على هذا الضوء فانه من الأسهل أن نتعامل مع بعض التأمل المطلق أو اللاعقلاني الذي يحيط بالاختبار انفسى وبخاصة استخدام الطرق والاساليب الاسقاطية .

والاسلوب القياسى (السيكومتري) هو بالضرورة مقياس كمى ومقنن لعينة من السلوك ، ويتضمن التقنين اتساق الاجراء المستخدم

في تطبيق الاختبار وتقدير درجاته . ففيمما يتعلق بتطبيق الاختبار فان هذا الاتساق يتضمن وصفا دقيقا للمواد المستخدمة ، والحدود القصوى أو الدنيا من الوقت ، والتعليمات التي توجه الى المريض ، والشروح والتوضيحات الاولية عن طريق الاستماعة بالاهتلة ، بالاضافة الى طرق التعامل مع الاسئلة الموجهة ... الخ . أما فيما يتعلق بتقدير الدرجات فان الاتساق يتضمن وضع المعايير .

والاختبارات النفسية ليس لها معايير محددة بصفة مسبقة «لاجتيازها» أو «الاخفاق فيها» ، اذ يتم تقييم الدرجات التي يحصل عليها شخص ما بمقارنتها بالدرجات التي حصل عليها الآخرون . ومن هنا فان الاختبار — في عملية تقنيته — يطبق على عدد كبير من الناس . وتروءنا الدرجات التي يحصل عليها هؤلاء الافراد — والذين يصطلح عليهم بعينة التقنين — باطار مرجعى (معايير) يرجع اليه لتفسير درجات فرد ما . ولا تتوى الدرجات الخام الا على معنى ضئيل . اذ لا يتضح هذا المعنى حتى يعرف أن ٥٠ في المائة من أفراد المجتمع العاديين — مثلا — يحصلون على درجة مقدارها ٧٥ من ١٠٠ ، وأن درجة مقدارها ٧٠ من ١٠٠ يمكن النظر اليها على أنها درجة منخفضة . وبالتالي فان الدرجات الخام يتم تحويلها الى درجات توضح قيمتها بالنسبة للدرجات التي حصل عليها أفراد عينة التقنين ، كما في الرتب الثنائية أو الدرجات المعيارية أو وحدات الانحراف المعيارى .

كما وصفت الاساليب السيكمترية أيضا بأنها «موضوعية» Objective ، فان التطبيق والتصحيح وتفسير الدرجات كله موضوعى بمعنى أنه مستقل عن الحكم الذاتى للفاحص الفرد ، وأن المفحوص يمكن أن يحصل على الدرجة ذاتها بصرف النظر عما يختبره . والموضوعية نتاج التقنين الجيد .

وبرغم اجراءات التقنين فانه من المهم أن نتذكر أن معظم الطرق



القياسية النفسية تطبق في إطار من الوضع الذي تتم فيه المقابلة ،  
وأن أى تفسير لنتائج الاختبار يتوقف على عدد من الافتراضات :

(١) أن المختبر يحظى بدرجة ملائمة كافية من التدريب والمهارة  
في تطبيق الاختبار وتفسير نتائجه •

(٢) أن الفرد الذي يتم اختباره لديه خبرة سابقة مشابهة ( لخبرة  
أفراد عينة التقنين ) ولكن ليست بالضرورة مطابقة لها •

(٣) أن عينة السلوك المأخوذة في موقف الاختبار ملائمة كافية في  
قدرها وأنها تمثل القدرة التي يتم اختبارها •

(٤) السلوك الحالي هو الذي يلاحظ فقط •

(٥) استنتاج السلوك الذي سيتم في المستقبل •

(٦) أن الخطأ سيكون موجودا •

### إجراءات التقييم والتقدير

غالبا ما يتم تحويل الحالات للتقييم السيكولوجي في وضع طبي.  
نفسى حين يحتاج الطبيب النفسى الى معلومات لا يمكن الحصول عليها  
بسرعة وسهولة من المقابلة التشخيصية العادية (Rosenwald, 1974)  
ويمكن تحليل العملية بأكملها الى تسع خطوات اجرائية تغطى أربع مراحل  
أساسية (Sundberg & Tyler, 1962 ; Pope & Scott, 1967) وهى :

### الاعداد للاختبار

(١) يقوم مصدر التحويل بصياغة سبب للتحويل ، فمثلا : هل  
هذا المريض متخلف عقليا أو ذهائى ؟

(٢) يقدم سبب التحويل بصفته التماسا للتقييم النفسى  
السيكولوجى ، مثلا : التقييم التشخيصى •

(٣) يقوم الاخصائى النفسى باعادة صياغة السؤال فى عبارات وثيقة الصلة بالطرق والوسائل التى يستخدمها : كأن يذكر مثلاً : هل هذا الشخص ذكاؤه منخفض ؟ أو هل لديه اضطراب نوعى فى التفكير ؟

(٤) الحصول على معلومات ( من المريض نفسه ، أو من مصدر التحويل ، أو من السجلات الرسمية ... الخ ) عن التقييمات النفسىة السيكولوجية السابقة لكى يتسنى الحصول على خط رئيسى يتخذ قاعدة لمقارنة نتائج الاختبار الحالية به .

(٥) يختار عدد من الاختبارات والادوات السيكولوجية الأخرى التى تعد مفيدة فى الإجابة عن سؤال التحويل : كأن يختار مثلاً مقياس وكسلر لذكاء الراشدين (Wechsler, 1958) واختبار رورشاخ (Rorschach, 1942).

### المعلومات المدخلة Input

(٦) يقوم الاخصائى النفسى بتطبيق اختبارات متنوعة وطرق مختلفة ، مدونة ليس فقط إجابات الاختبار المعينة التى يدلى بها المريض ، بل يدون كذلك سلوكه العام فى موقف الاختبار .

### معالجة المعلومات

(٧) يتم تقدير درجات الاختبارات والطرق المختلفة .

(٨) يقوم الاخصائى النفسى بتفسير النتائج وصياغة استنتاجاته عن المريض اعتماداً على تفحص درجات الاختبار ، وإجابات الاختبار الفردية المحددة ، والتأمل فى البيانات المتعلقة بملاحظة المريض وتفاعله مع المختبر ، بالإضافة الى اعتماده على مقارنة البيانات والحقائق الحالية بنتائج التقييمات السابقة .

### إخراج Output المعلومات

(٩) كتابة تقرير عن حالة المريض .

## الطرق القياسية النفسية

يمكن تصنيف الطرق القياسية النفسية المختلفة المستخدمة في اجراء التقييم النفسى الى أنواع عدة طبقا للوضع الذى تستخدم فيه هذه الطرق والقدرة التى يتم تقييمها وتقديرها... الخ . ويعد التصنيف المعتمد على طبيعة الطريقة المستخدمة نفسها أكثر نفعا وفائدة لأهدافنا الحالية . ومن هذه الواجهة يمكن التعرف الى أربعة أنواع مختلفة :

١ - مقاييس التقدير .

٢ - الاستخبارات وقوائم التقرير الذاتى .

٣ - الاختبارات .

٤ - الطرق الاسقاطية .

## مقاييس التقدير

يتكون مقياس التقدير من متصل Continuum ( سلسلة متصلة محددة ) أو بعد dimension سلوكى أو مظهرى محدد - كسلوك العلاقات الشخصية المتبادلة مثلا - بحيث يقدر الفرد على هذا المتصل أو البعد . وقد يكون المقياس مجموعة من الفئات المرتبة المصحوبة بأرقام ، أو سلسلة من الصفات أو العبارات الموجزة أو التعبيرات المرتبة فى تتابع مطابق للمقدار أو الخطورة أو أى سمات كمية أخرى ، بحيث يدل التتابع على تزايد المقدار أو الخطورة أو السوء أو تناقصها . ويجوز أن يكون المقياس خطا ينتهى بنقطتين فى طرفيه بحيث تأخذ كل نقطة رقما يميزها وبحيث يعتمد عليهما المقدر فى تقدير درجة السلوك أو مقداره ، والذى يلاحظه فيما يتعلق بمعيار ما من المعايير .

ويمكن اكمال مقاييس التقدير اما بواسطة المريض نفسه أو شخص آخر كصديق حميم أو قريب من أقاربه أو ممرض وصى عليه ، أو الطبيب الذى يجرى المقابلة . ويعد الطبيب المقابل أكثر هؤلاء الافراد

شيوعا في اكمال مقاييس التقدير ، كما أن بعض جداول المقابلة التي تم تطويرها قد أدمج فيها هذا النوع من المقاييس .

### الاستخبارات وقوائم التقرير الذاتي

إذا كان المريض هو راوية نفسه والمنبئ عنها والمخبر بها ، ( أي مقدم معلومات خاصة به عن نفسه ) فإن الطريقة الأكثر شيوعا في هذه الحال هي أن يقدم له عدد من الاسئلة التي تتعامل مع مظاهر تتعلق بمتغير معين كالإلم أو الأسى أو الضيق الذاتي ، أو القلق ، أو العصبية .

وتعد صحيفة البيانات الشخصية Personal Data Sheet التي وضعها (وودورث) (Woodworth, 1920) النموذج الأصلي لقوائم التقدير الذاتي . ولقد كانت هذه القائمة أساسا محاولة لنقنين المقابلة الطبية النفسية ، ولتكيفها كإجراء لفحص عدد كبير من الناس في وقت واحد.

وتعد قائمة مينيسوتا متعددة الوجة للشخصية Minnesota Multiphasic Personality Inventory ; Hathaway & Mckinley, (1943, 1940) أكثر القوائم المستخدمة على نحو واسع اليوم، وقد صممت — شأنها في ذلك شأن صحيفة «وودورث» المذكورة أعلاه — لتكون وسيلة قياس سهلة التطبيق ، وبحيث يمكن بواسطتها التعرف الى الفرد العصبي في وقت مهني أقل من الوقت الذي تستغرقه المقابلة الطبية النفسية العادية . وعلى حين كانت القوائم القديمة التي صدرت في ستين سابقة قد صممت اما لقياس المفهوم العام «للعصبية» أو لقياس سمات معينة كالنقص أو «كالهونية» مثلا فإن قائمة مينيسوتا متعددة الوجة للشخصية كانت أولى القوائم التي صممت لقياس الزملات الاكلينيكية النوعية .

وتتطلب معظم الاستخبارات والقوائم اجابة بسيطة بـ « نعم / لا » أو بـ « صواب / خطأ » . وفي بعض الحالات قد توزن بنود معينة

أو قد يكون هناك مدى موزون للاستجابات خاص بكل بند ، مثله :  
( أبدا مطلقا = صفر ، أحيانا = ١ ، غالبا = ٢ ، دائما = ٣ ) ، ولكن  
في حالة الاستخبار الخاص بقياس متغير أو متغيرات محددة فإنه يمكن  
الحصول على هذا القياس الكمي عن طريق جمع عدد الاجابات  
الاجابية .

### الاستخبار من نوع « ك »

يعد نوع « ك » Q-sort تنويما للاستخبار ، فقد قام ستيفينسون  
(Stephenson, 1953) بتطوير طريقة يبنى فيها الفرد آراءه عن  
مفهوم الذات Self-concept لديه ، بحيث تبنى هذه الآراء على  
أساس من المقارنة بينها وبخاصة عند تغير هذا المفهوم . وقد أطلق  
«ستيفينسون» عليها وسيلة « ك » وقد عدلت هذه الطريقة فيما بعد  
لتشكل ما يعرف بـ «نوع ك» (Butler & Haigh, 1954) وهو أسلوب  
قد أصبح يستخدم بتوسع من قبل «روجرز» Rogers والمعالجين  
الذين تركزت طريقتهم في العلاج حول العميل ، وذلك لقياس التغير في  
مفهوم الذات أثناء العلاج النفسي ( انظر الفصلين ١٢ و ١٤ ) .

ويمعطى المريض في هذا النوع من الاستخبار سلسلة من البطاقات  
التي يكتب في كل منها عبارة مرجعية ذاتية مثل : « ابنى سعيد » ، ثم  
يطلب منه بعد ذلك أن يقوم بتصنيف هذه البطاقات في توزيع مرتب  
مقدما على طول متصل يبدأ بـ « صفة حقيقية من صفاتي » وتنتهي  
بـ « ليست صفة من صفاتي » . وفي الواقع ، فإن المريض لابد أن  
يقوم بتقييم نفسه وتقديرها على أساس عدد من الأبعاد (البطاقات)  
المختلفة ، ولكن التقديرات الاجمالية لهذه الأبعاد المختلفة قد أعدت  
بحيث تقارب التوزيع الاعتدالي . وهذا الاجراء يتيح حساب معاملات  
الارتباط بين اثنين أو أكثر من هذه التقديرات مثل « مفهوم الذات »  
أو « المفهوم المثالي » أو مفهوم الذات قبل العلاج ومفهوم الذات بعد  
العلاج (Liebert & Spiegler, 1978) .

## الاختبارات

تعتمد مقاييس التقدير والاستخبارات والقوائم على الملاحظة الدقيقة و/أو التذكر في سبيل اكمال هذه الثلاثة • ولكن السلوك الذى يتم تقديره أو السؤال عنه يعد العامل الجوهرى المؤثر فى الاجابة عنها ، وتفترض الاختبارات الحقيقية أن هذا العامل الجوهرى المؤثر يتمثل فى القدرة النفسية التى يعتمد عليها اكماله ، وأن هذه الاختبارات قد صممت وأعدت بطريقة تتعلق موضوعيا باختبار تلك القدرة •

وتعد اختبارات الاداء المعرفى والذكاء أفضل الاختبارات التى طورت درجة ومرتبة • وتتضمن هذه الاختبارات بصورة نموذجية سلسلة من المهام أو الاسئلة المتدرجة فى صعوبتها ، والتى يقيم بها الناس طبقا للعدد الذى يمكنهم اكماله ، أو المهمة معروفة بصعوبتها ، مما يحتاج معها الناس الى مقادير مختلفة من الوقت لاكمالها ، أو مزيجا منها • وأيا كانت الطريقة المتخذة لذلك فانه من المهم ملاحظة أن الاختبارات السيكولوجية لا تقدم لنا قياسا مباشرا للقدرة التى هى موضع الاهتمام • وكما لاحظنا سابقا ، فان الاختبارات النفسية تسمح فحسب بمقارنة أداء فرد ما من الأفراد فى اختبار ما بأداء مجموعة مرجعية ما والتى اصطلح عليها بعينة التقنين •

## الطرق الاسقاطية

تفرد الطرق الاسقاطية بتمييزها بمقومات رئيسة تتمثل فى تخصيصها مهمة مبهمة غامضة أو مجملة غير مفصلة ، مما يضع قيودا قليلة على اجابات المريض ، كما تتمثل فى احتوائها على عدد كبير من المتغيرات التى يمكن استخدام أى اختبار لقياسها • ومع استخدام الاستخبارات والقوائم فان اجابات المريض عليها تأتى محدودة الى حد كبير ، اذ يمكن للمرضى أن يجيبوا عن هذه الاستخبارات أو القوائم بـ « نعم » أو « لا » أو « ربما » أو « جائز » • من ناحية أخرى فان مقاييس التقدير والاختبارات الحقيقية تمدنا بمدى أكبر قليلا ولكنها مخصصة بصورة نموذجية لقياس متغيرات مستقلة •

وتتضمن الطرق الاسقاطية الاكثر شيوعا اختبار تداعي الكلمات Word Association وترابطها (Jung, 1910, 1918) ، واختبار اكمال الجمل (Forer, 1950) ; Rotter & Refferty, Sentence Completion 1953 واختبار رسم شخص Draw-a-Person (Machover, 1949) واختبار تفهم الموضوع (Murray, 1938, Thematic Apperception Test) وأخيرا اختبار رورشاخ (Rorschach, 1942) .  
( انظر : Anderson & Anderson ; 1951 ) .

وتعد الطرق الاسقاطية أكثر اشتهارا وشيوعا بين كل من الاخصائيين النفسيين المتوجهين نفسيًا تحليليًا والاطباء النفسيين ، والذين يميلون الى الافتراض بأن استجابات المريض تحددنا العمليات اللاشعورية بصفة جوهرية أساسية • فبناؤها التركيبي المحدود يؤدي — بصفته الماعات وإشارات Cues — الى زيادة التأثير النسبي لشخصية المريض وخبراته السابقة على تقرير استجابته ، ونظرا لأن أهداف هذه الطرق أكثر غموضا وإبهاما لذا فانها تؤدي الى مواجهته المريض لصعوبة أكبر في اعطاء استجابة مضللة • ويمكن تصورها الرئيسي في افتقارها الى الموضوعية في تقدير درجاتها • ويمكن الحصول على مستوى معقول من الاتفاق بين مختبرين مختلفين بتدريبهما تدريجيا مكثفا على استخدام نظام معين لتقدير الدرجات (Goldfried, 1971) Stricker & Weiner ، ولكن مازال التساؤل قائما عما اذا كان المختبران يقيسان في الحقيقة جوانب الشخصية ذاتها التي يزعمان قياسها (Nunnally, 1967) •

ويشار الى الاتفاق بين اثنين مختلفين من المختبرين بالثبات ، بينما يطلق الصديق على ما اذا كان الاختبار يقيس حقا ما يفترض منه أن يقيسه • ولا تقيم الوسائل القياسية النفسية فقط طبقا لصدقها وثباتها ، بل ان العملية التشخيصية برمتها يمكن تقييمها بهذين الشرطين •

## الثبات

يشير بالثبات *Reliability* — بمعناه الأكثر عمومية — الى الاتساق الذي يمكن بواسطته ترتيب الظواهر الى مراتب وفتات ، بصرف النظر عما اذا كانت هذه المراتب والفتات نفسها تحمل أى معنى أو مغزى . فالثبات تبعا لذلك يعد مطلباً أساسياً لجميع الانظمة التصنيفية .

ومن الامور الطبيعية فى علم النفس ألا يشار الى الثبات الى حد كبير ، بل يشار الى أنواع عديدة من الثبات . وقد عدد كاتل (Cattell, 1957) أحد عشر نوعاً مختلفاً من ثبات المقاييس ، ولكن الاطباء النفسيين والمختصين فى علم النفس المرضى يهتمون أساساً بنوعين فقط من الثبات : ثبات اعادة التطبيق *Test-retest* ، وثبات الصيغة الموازية *Parallel form* ( أو الصور المتكافئة ) من الاختبار . ويستفيد علماء النفس الاكلينيكيون كذلك — فى تقييمهم للطرق النفسية — من ثبات التصنيف *Split-half* ، كما أن علماء الاوبئة سوف يشيرون الى ثبات ما بين مجتمعات الافراد . ولا يمكن استخدام ثبات التصنيف — انطلاقاً من طبيعته الحقيقية — فى تقييم العملية التشخيصية ككل ، أما ثبات ما بين مجتمعات الافراد فانه يفترض — غالباً دون أى برهان مؤيد له — أن مجتمعى الافراد المختلفين يعانيان من معدلات مرض متشابهة (Spitzer & Fleiss, 1967 ; Zubin, 1974)

وتستمد المعلومات المتعلقة بثبات التشخيصات الطبية النفسية من مصدرين رئيسيين هما : المحاكم القانونية والبحث العلمى . وانه لحادث شائع فى بريطانيا ومحاكم أمريكا الشمالية بالنسبة لشخص من الأشخاص متهم بارتكاب جريمة القتل العمد أن يدخل أمام القضاء لدفع هذه التهمة عن نفسه بسبب خبله وجنونه . فمن المتعذر حينئذ



ألا يقدم الدفاع وجهة الادعاء ( المدعى ومحاموه ) أطباء النفس بصفتهم  
شهودا خبراء ليفتقوا في الرأي حول المتهم ( انظر : Ennis & Litwack, 1974 ) . من ناحية ثانية فإن البحث العلمي - بضوابطه  
وتحليلاته - يزودنا بمصدر من البيانات والحقائق والمعلومات أغنى  
وأكثر ثراء .

وقد تم اجراء عدد كبير من الدراسات المتعلقة بثبات الشخصيات  
الطبية النفسية ، ومن الدراسات التي يتكرر ذكرها بصفة غالبة تلك  
الدراسة التي قام بها «آش» (Ash, 1949) ، فقد قام بفحص ٥٢  
مريضا ذكرا بواسطة طبييين أو أكثر من الاطباء النفسيين - بحيث  
تم فحص ١٧ منهم بواسطة طبييين بينما فحص ٣٥ مريضا بواسطة  
ثلاثة أطباء . فبالنسبة للفئات التشخيصية الرئيسية كالذهان  
والعصاب واضطراب الشخصية ... الخ وجد «آش» ان طبييين قد  
اتفقا في ٥٧.٩٪ - ٦٧.٤٪ من الحالات ، بينما وجد أن كل الأطباء  
النفسيين الثلاثة كانوا متفقين بنسبة ٤٥.٧٪ . وحين قام «آش»  
بتفحص الاتفاق في القيام بتشخيصات معينة - كالفصام الهذائي  
والهستيريا وغيرهما - هبطت الأرقام الى ٣١.٤ - ٤٣.٣ وإلى ٢٠  
في المائة على التوالي .

وهناك ثلاثة استنتاجات رئيسة يمكن الخروج بها من نتائج  
البحوث التجريبية العديدة التي أجريت للتحقق من ثبات التشخيص  
الطبي النفسى ، وهي كما يلي :

**أولا :** أن القبات لا يكون عاليا بالقدر الذى يتمنى معظم الناس  
أن يكون عليه (Zubin, 1967 ; Spitzer & Fleiss, 1974 ; Tarter, Templer & Hardy; 1975) . وقد أستقدم « سبيتزر ، فليس »  
(Spitzer & Fleiss 1974) قاعدة احصائية لقياس الاتفاق في فئات اسمية  
كالتشخيصات - بحيث تقوم هذه القاعدة بتعديل الاتفاق من أثر

الصدفة. وقد أعاد الباحثان حساب ثبات ست دراسات مختلفة (Schmidt & Fonda, 1956; Krietman, 1961; Beck et al, 1962; Sandifer et al, 1964; Cooper et al., 1972; and Spitzer et al., unpublished).

واستنتج من ذلك أن الثبات قد ظهر بصورة مرضية مقنعة بالنسبة لثلاثة تشخيصات فقط هي: التخلف العقلي، والزملات المخية العضوية، وادمان الكحول. من ناحية ثانية لم يكن ثبات التشخيصات الطبية النفسية مختلفا بدرجة جوهرية عن ثبات التشخيصات في تخصصات طبية أخرى. وقد أظهرت دراسات «منظمة» درجة منخفضة من الاتفاق بين الاكاديميين بالنسبة لوجود العلامات البدنية لانتفاخ الرئة (الامفيزيما، وهو انتفاخ عضو أو جزء من الجسم انتفاخا غير عادي بالهواء أو غاز آخر)، وكذلك تقدير الوضع الغذائي للأطفال، وتقييم شذوذ اللوزتين، واستتباط أعراض رئوية معينة في أخذ تواريف الحياة الطبية، وأخيرا تفسير نتائج الاشعة السينية (x) بواسطة مجموعات مكونة من اثنين من المختصين في الاشعة (Beck, 1962; Koran, 1975).  
• a, 1975 b)

**ثانيا :** كلما كانت الفئة أكثر عمومية كان التشخيص أكثر ثباتا ، وكلما كانت. الفئة أكثر خصوصية وتحديدًا كان التشخيص أقل ثباتا .  
انظر :

(Ash, 1949; Schmidt & Fonda, 1956, Zigler & Phillips; 1961; Kreitman, 1961; Beck, 1962; Nathan; Samaraweera; Andberg & Patch, 1968; Nathan, Andberg, Behan & Patch; 1969; Thorne & Nathan; 1969; Tarter, Templer & Hardy, 1975).

ولكن هذه — مرة ثانية — شكوى شائعة بالنسبة للجهود التصنيفية في كثير من مجالات المعرفة ، وليس أمرا مقصورا على الطب النفسي . فكلما اقتضى الامر تقريقات وتمييزات أدق أصبحت دقة التشخيص أكثر صعوبة .

**ثالثاً :** كلما اشتدت صعوبة الاضطراب زاد ثبات التشخيص ، فقد وجد «كريتمان» وزملاؤه (Kreitman et al., 1961) مثلاً اتفاقاً بلغ ٧١ في المائة على الصفة العامة «الذهان» ، ولكنهم وجدوا ٥٢ في المائة فقط بالنسبة «للعصاب» .

### **العوامل المحددة لانخفاض ثبات التشخيصات الطبية النفسية**

يمكن تجميع العوامل المحددة لما وصفه المختصون من انخفاض ثبات التشخيصات الطبية النفسية تحت أربعة عناوين عامة ، ولو أن ذلك التجميع سيتم على حساب التبسيط المفرط ، وهي :

- ظلل أو عيوب في الدراسات التي وصفت انخفاض الثبات ، أو استخدام طرق تجريبية ضعيفة .
- استخدام طريقة تشخيصية ضعيفة .
- انحياز المشخص وتعامله .
- (استخدام) نظام تشخيصي ضعيف .

### **خلل الدراسات وعيوبها**

إن طبع دراسة ما ونشرها ينبغي ألا يفسر مطلقاً بأنه دليل على قبول ما توصلت إليه من نتائج . فقد صممت كثير من الدراسات — وبخاصة تلك التي أجريت في سنوات مبكرة سابقة — بطريقة لم تعين معها هذه الدراسات تقديراً مناسباً لثبات التشخيصات الطبية النفسية في أي شيء آخر غير الإطار المعين للدراسة موضع الاهتمام ( انظر . Helzer, Robins et al., 1977 ) .

ومن المهم دائماً تعيين هدف الدراسة بوضوح ، فإذا صممت الدراسة لتقييم ثبات التشخيصات الطبية النفسية كما عملت أثناء سير الممارسة العادية فمن الضروري إذن فحسب أن نضمن تمثيل كل

من المتخصصين والمرضى لأفراد مجتمعى المتخصصين والمرضى ككل ، وأن  
نضمن كذلك حدوث المقابلاتين التشخيصيتين فى فترة معقولة من الوقت .  
ولكن اذا تم تقييم جزء واحد مستقل من العملية التشخيصية — أى  
علم تصنيف الامراض أو المقابلة التشخيصية ذاتها مثلا — فانه سوف  
يحتاج عندئذ الى ضوابط اضافية .

فأثناء تقدم الممارسة الاكلينيكية العادية قد تتأثر الصفة أو  
البطاقة التشخيصية المعينة الملصقة بمرضى باعتباريات ادارية أو  
باعتبارات تتعلق بموقف المريض تجاه تشخيصه . وليست هذه مشكلة  
بالنسبة لتقييم ثبات التشخيصات التى أجريت أثناء سير الممارسة  
الاكلينيكية العادية ، ولكنها مشكلة تتعلق بتقييم جزء واحد مستقل من  
العملية التشخيصية . ويمكن تنفيذ تقييم ثبات التشخيصات التى أجريت  
أثناء سير الممارسة الاكلينيكية العادية بشكل استعاضى استرجاعى عن  
طريق الحصول على تشخيصات من سجلات المستشفى ، أما التقييم  
المتعلق بجزء واحد مستقل من العملية التشخيصية فانه سيتطلب تجربة  
مضبوطة .

وفى بعض الاحيان لا يكون المتخصصان قد تم اعطاؤهما القدر من  
المعلومات ذاته ، والتى يبينان تشخيصاتهما على أساس منها ، فعلى  
سبيل المثال قام « شميدت ، فوندا » (Schmidt & Fonda, 1956)  
باجراء دراسة لـ ٤٢٦ مريضا فى مستشفى باحدى ولايات أمريكا .  
وقد تم التشخيص الأولى أثناء الاسبوع الاول من اقامة المريض فى  
المستشفى ، كما تم التشخيص الثانى أثناء الاسبوع الثالث من اقامة  
المريض فى المستشفى . وقد أجرى هذا التشخيص الثانى فى مؤتمـر  
هيئة العاملين بالمستشفى حيث توافرت للطباء النفسيين حرية استخدام  
معلومات أكثر بكثير مما كان متاحا لهم فى وقت أسبق ، فلقد توافر  
التاريخ الاجتماعى للمريض بحيث حصل عليه الاخصائى الاجتماعى ،  
كما توافرت نتائج الاختبارات والفحوص الميكولوجية والعصبية ،

بالإضافة الى ملاحظات المرضى الذين كانوا قد قاموا يوميا بتدوين هذه الملاحظات في بطاقة المريض . وقد استخدمت دراسات أخرى مقابلات تم تصويرها على أشرطة الفيديو (Katz et al., 1969 ; Sandifer et al., 1969 ; Kendell et al., 1971) وقد حرمت هذه الطريقة كلا الشخصين من معلومات كان يمكن لهما استنباطها بطريقة أخرى لو أنهم كانوا قادرين على إجراء مقابلة للمريض .

ويؤدى تقدير ثبات إعادة تطبيق الاختبار الى اظهار مشكلة فريدة، فالقيام بتقديرين متتابعين على التوالي يتضمن لا محالة قدرا ضئيلا من التعلم أو التعود لموقف القياس ، بحيث كلما كانت الفترة الزمنية الفاصلة بين التقديرين أطول كانت امكانية حدوث التغير في الحالة العقلية للمريض أعظم وأكبر (Spitzer & Fleiss, 1974) . فما لم يتم اتخاذ تدابير اضافية مستقلة فإنه قد لا يتضح في حالتى اعطاء الاختبار واعادته ما اذا كان التغير ناتجا عن ثبات الاجراء التشخيصى الذى يتم تقديره أو عن حساسيته .

كذلك فان هناك مشكلات تتعلق بالقياس كاختيار علامة الاتفاق أو دلالة ، وكالاخفاق فى أخذ المعدلات الاساسية للتشخيصات المختلفة فى الاعتبار . فقد قامت بعض الدراسات بوصف نسبة الاتفاق الكلى - أى نسبة جميع المرضى الذين اتفق على وجود الاضطرابات أو عدم وجودها فيهم (Schmidt and Fonda, 1966 ; Krefman, 1961) بينما قامت دراسات أخرى (Beck et al., 1962 ; Sandifer et al., 1964) بوصف الاتفاق على وجود الاضطرابات فقط (Spitzer & Fleiss, 1974) .

### العيوب أو الخلل فى المقابلة التشخيصية فى ذاتها

يعد فحص الحالة العقلية هو لب المقابلة التشخيصية ، وهذا ما تم اظهاره وإثباته بصفته مصدرا لاختلاف الرأى (Rosenzweig et al., 1961) . وقد استلزم ذلك بصفة تقليدية عبارات أو تقارير فئوية لا تتعلق فقط بالتشخيص بل بوجود أعراض معينة أو غيابها وانعدامها،

ومن الممكن أن يؤدي ذلك الى ايجاد مشكلات ، فعلى سبيل المثال ، لو أن عرضا معيناً أو حالة معينة كان ذا شدة أو كثافة هامشية فانه من الممكن لجميع المشخصين الاتفاق على هامشية العرض أو الحالة ، وسيكون ثباتهم عندئذ ١٠٠ في المائة . ولكن اذا كان عليهم أن يذكروا من الوجهة التصنيفية (الفئوية) ما اذا كان العرض أو الحالة موجودا أو غير موجود فانه من المتوقع أن يقول ٥٠ في المائة بوجوده بينما سيقول ٥٠ في المائة آخرون بغياب العرض أو عدم وجوده ، وفي هذه الحالة ستكون نسبة ثباتهم صفرا .

كذلك فان هناك مشكلة أخرى في المقابلة التشخيصية ، وهي أنه قد يتوقع الحصول على معلومات من الممكن الحصول عليها بطرق أكثر صحة وصداقة . إذ أن تذكر المرء لحوادث مهمة أو ذات مغزى في ماضيه ليس جيدا (Uhlenhuth et al., 1977) ومن الصعب أن نميز بين التذكر البعيد الجيد والاختلاق أو التلفيق كما في حالة المقابلة مثلا . وحتى الانكار الهذائي قد وجدت صادقة وصحيحة بشكل ظاهر حين قورنت بمصدر خارجي . وهذا يقودنا على كل حال الى الفئة التالية (أو العامل التالي) وهو تحيز المشخصين والخبراء .

### تحيز المشخصين والخبراء ومحاباتهم

قد لا يظهر كثير من الاعراض في موقف المقابلة أو حالتها بصورة مباشرة ، وقد يتطلب الكشف عنها وأظهارها تحقيقا دقيقا واعيا بل حتى تلاعبا واحتيالا لها . وقد يكون المريض — خارج الوضع الذي تتم فيه المقابلة — انسانا نزقا سريع القابلية للإثارة عدوانيا ، بل حتى مندفعاً بعنف . وفي المقابلة قد يكون قادرا على ضبط استجاباته بفجاء كبير ، وعلى تقديم تفسيرات معقولة أو مقبولة ظاهرا للرواية أو الوصف الذي يقدمه الآخرون لزوجته وطبعه السيء . ولاشك أن مثل هذا الرجل سوف يحتاج الى مقابل ماهر بارع — بل شجاع — ليؤثر فيه بطريقة تجعله يكشف عن وجهه الحقيقي ويصرح بأرائه .

وهناك أعراض أخرى قد لا تكون قابلة للتعبير عنها وإظهارها بصورة مباشرة ، ولكنها استنتاجات مبنية على أساس من سلوك آخر معبر عنه ، « فالبلادة أو فتور الشعور أو اللامبالاة » و « سطحية العاطفة » و « الاكتئاب » قد توجد كلها بالطريقة نفسها . وفي حين قد توجه الاستنتاجات وتقاسم عن طريق التلميحات والاماعات الخارجية - كحين ترى أعراض المرض كجزء من متلازمة - فإنها قد توجه كذلك بواسطة التلميحات والاماعات الداخلية - أى تحيزات الشخص أو خبرته أو كلاهما - والتي تقررهما بالتالى شخصيته وتدريبه الأكاديمي والمهني (Ioff, 1977) . وستؤدى الفروق في الخبرة والتدريب والشخصية الى أسئلة مختلفة يتم توجيهها ، وإلى اجابات متباينة يدلى بها ، وإلى تأكيدات مختلفة على الاجابات المدلى بها ، وإلى تفسيرات مغايرة لهذه الاجابات . وفي حين قد أظهر الاكينيكيون على أنهم يتوصلون الى آراء تشخيصية مختلفة على أساس من أنماط شخصياتهم الخاصة (Raines & Rohrer, 1955) فإنه يتم التأكيد عادة على خبرتهم وتدريبهم اسابقين : « ان أطباء النفس يرون ما دربوا على رؤيته » (Howells, 1970, p. 7) .

وهناك علاقة وطيدة بين المكان الذي تلقى فيه الطبيب النفسى تدريبه ، والبرنامج التشخيصى الذى يقره ويتبناه ، وطريقته التى يستخدمها فى المقابلة ( وتستخدم مجموعات الرموز والمصطلحات الخاصة بالطب النفسى بصفة جوهرية فى المستشفيات التعليمية ، وللجالات الطبية والاحصائية . ويقوم أطباء النفس عادة بعملهم طبقا للمفاهيم التى تعلموها لا طبقا للتصنيفات التشخيصية التى يسجلونها فى الصفحة الرئيسية الاولى من سجل المريض ) . ولا يمكن أن نغالى فى تقدير أهمية هذا التأثير الشامل للتدريب والخبرة ، فبعض الأطباء النفسيين سوف يصل الى استنتاج تشخيصى خلال الحقائق القليلة الاولى من المقابلة (Sandifer et al., 1970 ; Kendell, 1973) ، أما الأطباء النفسيون الذين يواجهون الاماعات وتلميحات Cues لا تتلاءم

مع استنتاجاتهم التشخيصية فانهم يميلون الى اساءة تفسيرها ،  
ويعرضون لاساءة ادراكها ، بل يميلون حتى الى تجاهلها (Shepherd  
et al, 1968 ; Katz et al, 1969 ; Loff, 1977)

كذلك فانه يمكن أن تعزى الافضليات التشخيصية الى الفروق  
الوطنية أو القومية بين المدارس الفكرية التي يمثلها الاطباء النفسيون  
المشاركون (Pasemanick, Dinitz & Lefton, 1959) . فأطباء النفس  
البريطانيون يميلون الى اتباع «كريبلين» Kraepelin وأطباء النفس  
الألمانيين ، كما يؤكدون على مظاهر المرض الصريحة مع عتبة مرتفعة  
يبدأ عندها تمييز الشذوذ والتعرف اليه . وعلى الجانب الآخر من  
الحيط الاطلنطي يميل أطباء النفس الأمريكيون الى متابعة «فرويد»  
Freud كما يؤكدون على الميكانيزمات السيكولوجية التحتية  
(الأساسية) ، ولديهم عتبة منخفضة يبدأ عندها تمييز الشذوذ والتعرف  
اليه . أما أطباء النفس الكنديون فانهم يميلون الى أن يعكسوا تدريجهم  
المتغيرات في خواصه وعناصره ان لم يكن تراثهم الثقافي من خلال تأثرهم  
بكل من الطرق الأمريكية والبريطانية (Sharpe et al, 1974 ; Loff, 1977)

### الامل او المنبت العرقي

ومما يتصل اتصالا وثيقا بقضية القطر. أو الموطن الذي تلقى فيه  
الطبيب النفسى تدريبه قضية موطن أصله ومنبته — قضية التبادل  
الثقافى بين شعوب مختلفة — ومدى ألفته مع الخلفية الاجتماعية  
الثقافية لرضاه وفهمه لها . فلقد عدت أمريكا الشمالية لفترة طويلة من  
الوقت البتوتة الثقافية التى انصهر فيها العالم الغربى ، كما أن بريطانيا  
العظمى قد تحولت بالتدريج أثناء السنوات التى أعقبت الحرب لتصبح  
أكثر وأكثر موطنًا مؤلفًا من عناصر مجتمعة من مختلف أرجاء العالم .  
أضف الى ذلك قابلية المهنيين والمتخصصين للتحرك والانتقال . وهناك  
احتمال قوى بأن يكون كل من الطبيب النفسى ومرضاه قد قدما من  
ثقافات مختلفة ، وليس فقط من ثقافة بعضهما بعضا بل من الثقافة التى



يتقابلون فيها ويلتقون ، ولا بد أن يكون تأثير ذلك على تقييم سوء التوافق الاجتماعي أمراً له مدلوله ومغزاه المهم .

كذلك فإن استنتاج الشذوذ النفسى سوف يتأثر بالتحيز المتمركز حول العرق بوصفه غاية من الغايات . فلسوف يكون هذا النوع من التحيز شديداً وبخاصة فى تشخيص الأحوال الذهانية ، إذ لا يستطيع طبيب نفسى أن يشخص اعتقاداً على أنه ذاتى - مثلاً - ما لم يكن على يقين بأن هذا الاعتقاد ليس أمراً تفرضه ثقافة المريض ، وأن الغالبية العظمى من أهل هذه الثقافة وشعبها لا يدافعون عن هذا الاعتقاد أو يساعدون على استمراره (Loff, 1977) .

### استخدام نظام تشخيصى ضعيف

لم تظهر دراسات التشخيص الطبى النفسى التى استخدمت الدليل التشخيصى والاحصائى الأول والثانى DSM-I and DSM-II اللذين أصدرتهما الرابطة الأمريكية للطب النفسى - لم تظهر تلك الدراسات بوضوح - ثباتاً جيداً (Spitzer & Fleiss, 1974) . وقد استنتج «وارد» وزملاؤه (Ward et al., 1962) من استخدامهم للدليل التشخيصى والاحصائى الأول DSM-I أنه على الرغم من أن ثلث اختلافات المشخصين فى آرائهم التشخيصية يمكن أرجاعه الى التغييرية من جانب المشخصين إلا أن ثلثى هذه الاختلافات كانت راجعه الى عدم ملاءمة النظام التصنيفى نفسه أو وفائده بالفرض المطلوب منه . وقد استخدم «تارتير ، تمبلر ، هاردى» (Tarter, Tempier & Hardy, 1975) الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM-II ، ولم يستنتجوا فقط أن الخلاف فى رأى حول التشخيصات المحددة والعامة لم يكن مختلفاً بطريقة ذات دلالة ومغزى عن الدراسات القديمة المبكرة التى استخدمت الدليل التشخيصى والاحصائى الأول DSM-I ، بل أنهم أرجعوا ضعف الثبات وفقره الى الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى

DSM-II وما فيه من وجوه تتم عن عدم ملاءمته أو وفائه بالفرض المطلوب منه كنظام تصنيفي .

وقد ذكر «وارد» وزملاؤه (Ward et al, 1962) ثلاث صعوبات معينة مرتبطة بالدليل التشخيصي والاحصائي الأول DSM-I ، وهي :  
الشرط الاساسي بأن يتعرف الشخص الى حالة سائدة ويحددها ،  
والافتقار الى معايير أو محكات واضحة ، وإيجاد فروق دقيقة - كشرط  
اساسي غير واقعي أو عملي - في التوصل الى تشخيص معين .

ان الاختيار القسري لفئة تشخيصية سائدة أو غالبية كان السبب  
الأكبر الوحيد لاختلاف الرأي في التشخيص في دراسة «وارد» وزملاؤه  
(Ward et al, 1962) ، كما عد خطيرا بالنسبة لـ ٣٠٪ من حالاتهم  
التي درسوها ، اذ تشير هذه الدراسة الى الشرط الاساسي القاضي  
بإثبات حالة سائدة غالبية والبرهنة عليها في حالة وجود حالتين أو أكثر ،  
كما يقضي كذلك بإمكانية مواجهة صعوبة كبيرة في اثبات هذه الحالة  
السائدة اذا كانت إحدى الحالات اضطرابا في الشخصية والاخرى  
عصبا ، أو اذا كانت هناك حالتان عصبيتان موجودتان في المريض .  
وعلى الرغم من أن الدليل التشخيصي والاحصائي الثاني DSM-II  
يعد الشخص بإرشادات وتوجيهات أكثر مما يقدمه قرينه الأول DSM-I  
الا أن المشكلة مازالت قائمة .

ان اختيار فئة تشخيصية رئيسة سائدة يفترض مسبقا صدق  
تعيين الفئات الرئيسية في المقام الأول . وفي الحقيقة ، لقد استنتج  
«وارد» وزملاؤه (Ward, et al, 1962) أن السبب الثاني الأكثر تكرارا  
وترددا في اختلاف الآراء التشخيصية في دراستهم كان يتمثل في عدم  
وجود محكات واضحة للقيام بهذه التشخيصات ، كما ذكروا بصفة  
محددة افتقار أي تعريف واضح الى خط فاصل مميز بين الاضطرابات  
الذهانية وغير الذهانية . ومرة ثانية فان الدليل التشخيصي والاحصائي  
الثاني لم يقدم الا القليل لازالة هذه المشكلة والتخلص منها .

ومما يتصل بالسببين السابقين ما يشترطه الدليل الإحصائي والتشخيصي الثاني ( وكذلك قرينه الأول ) بصفة غير عملية أو واقعية من ضرورة إيجاد فروق حقيقية في بعض الحالات . فالتفريق بين القلق المحسوب بسمات الاكتئاب ، والاكتئاب المقرون بالتهيج مثلا يمكن أن يكون موضعاً للنقاش والنظر . وقد عده «وارد» وزملاؤه (Ward, et al, 1962) السبب الجوهرى لاختلاف الآراء التشخيصية في ثلاث حالات ( ٧٥ في المائة ) ، حيث قام طبيب نفسى بتشخيص اثنين منهما على انهما استجابة سيكوفيزيولوجية بينما شخضهما طبيب نفسى آخر على انهما استجابة تحولية ( يتحول فيها الصراع النفسى الى عرض جسدى أو حركى ) . أما الحالة الثالثة فقد استلزمت التفريق بين الاستجابة السيكوفيزيولوجية واستجابة القلق . فالصفات التشخيصية المختلفة قد لا تعكس في كثير من هذه الحالات اضطرابات مختلفة بقدر ما تعكس طرقاً متنوعة للنظر الى الاضطراب ذاته أو تصويره وفهمه وإدراكه .:

وكما في فحص الحالة العقلية فإن معظم تصنيفات الأمراض تعتمد على دراسات تتعلق بالانماط التى تؤكد بالدليل والحجة وجود فروق فئوية (نوعية) بين الاضطرابات المختلفة . فالهستيريا مثلا تعد بصفة عامة مختلفة من الناحية النوعية الفئوية عن الشخصية الهيسترية . ولكن في الحقيقة اذا امتزج اضطراب ما باضطراب آخر فإن استخدام نظام سمات قد يكشف قليلا من الفرق الحقيقى بين تشخيصين ، في حين تؤدي دراسة الانماط — التى تعين نقطتها القاطعة الفاصلة بين الاضطرابين — الى تقديم تشخيصات مناقضة تماما (Rosenzweig et al, 1961)

وبرغم هذه الميزة التى يتميز بها نظام سمات ما ، وإقراره لطريقة عامة متعددة المآور الا أن الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث (DSM-III) قد أبقي على دراسة الأنماط لتصنيف الاضطرابات

بسبب فائدها العملية وما تحقّقه من نفع في تبادل الآراء والأفكار والمعلومات وفي العلاج والبحوث العلمية كذلك على الرغم مما تعانيه من نواحي قصور نظرية (Spitzer, Sheehy & Endicott, 1977)

## الخلاصة

لم يكن ثبات التشخيصات الطبية النفسية جيدا ، ومن ناحية ثانية ، فقد تم تطوير عديد من جداول أعمال المقابلة التشخيصية (Spitzer et al., 1967, 1970 ; Wing et al., 1967) والتي تمددنا بتتابع مقنن للموضوعات ، كما يقلل من التقلب والتغير بين الأطباء النفسيين في كيفية إجراء مقابلاتهم وفي ما يقومون بتغطيته من موضوعات أثناء المقابلة . كذلك فإن جداول أعمال المقابلة التشخيصية تحتوى على بنود سبق تدوينها بحيث تحدد السلوك المهم بصورة صريحة واضحة . ولقد أجريت كذلك محاولات لتحسين مجموعة الرموز والمصطلحات التشخيصية ، إذ قام « فيغنر » وزملاؤه (Feighner et al., 1972) بتطوير مجموعة رموز ومصطلحات تتكون من ستة عشر تشخيصا فقط والتي يعتقدون بأنها ذات صدق مرتفع (Woodruff et al., 1979) وفى استخدام المجموعات المعتادة من الرموز والمصطلحات يقوم الطبيب النفسى بتقرير أى الأنماط التشخيصية المختلفة يعد صفة مميزة لمريضه ، أما فى نظام « فيغنر » وزملائه فإن الطبيب النفسى يقرر ما إذا كان مريضه يفى بشروط معايير واضحة صريحة أم لا . فقد اتضح أن كلا هذين التطويرين اللذين أحجا فى الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث (DSM-III) قد أديا الى تحسن الثبات وارتفاعه (Helzer, Clayton et al., 1977 ; Spitzer & Forman, 1979 , Spitzer, & Nee, 1979).

## المصدر

يستخدم مصطلح الصدق Validity للإشارة به بصفة جوهرية الى دقة التصنيف في تعريف الوحدات السلوكية وتحديدها - أى هل يقيس

التصنيف ما يفترض فيه قياسه ؟ فأهداف النظام التصنيفى بالنسبة للتشخيص الطبى هى تبادل الأفكار والآراء والمعلومات المتعلقة بالأمراض الاكلينيكية للمرض وأسبابه وسيره أو تقدمه بالإضافة الى علاجه (Spitzer & Fleiss, 1974).

ويعد الثبات قيذا لا مناص من فرضه على صدق التشخيصات الطبية النفسية ، اذ ليس هناك ما يضمن الصدق لنظام. يتوافر فيه الثبات ، ولكن أى نظام خال من الثبات لأبد أن يكون خاليا من الصدق، فاذا عجز نظام تشخيصى — أو أى نظام تصنيفى فى الحقيقة — عن وضع الاشخاص بصورة ثابتة فى الفئات ذاتها فانه من المستحيل إذن أن نجعل هذا النظام صاحقا .

وهناك من الناحية النظرية ثلاث طرق لاختبار الصدق ، وقد اصطلح على هذه الطرق الثلاث بما يلى :  
Construct : صدق التكوين  
Content : الصدق المرتبط بالمحك Criterion-related .

### صدق التكوين أو الصدق التقارىبى

يمكن تحديد صدق التكوين بواسطة اختبار درجة تفسير مفاهيم تعليلية معينة أو تكوينات عقلية للنتائج التى تنتهى اليها المقابلة التشخيصية . فهو بالضرورة تقدير وتقييم لنظرية المرض العقلى أو السلوك الشاذ . وأبسط طريقة للقيام بذلك هى تحديد مدى ارتباط نتائج التقييم التشخيصى بنتبؤات أخرى من النظرية . فمثلا : يجوز التنبؤ — على أساس من النظرية — بأن شخصا يتم تشخيصه على أنه يعانى من الفصام سيكون غير قادر كذلك على أداء وظيفته من الناحية الاجتماعية ، كما أنه لن يستخدم للعمل فى وظيفة ، أو التنبؤ بأن شخصا قد شخص على أنه يعانى من حالة قلق سيحصل على درجة بالغة الارتفاع فى اختبار مقنن للقلق مثل مقياس «تايلور» للقلق الصريح Taylor Manifest Anxiety Scale ، وسيظهر نوعا أو نمطا خاصا من رد الفعل الفيزيولوجى .

والمشكلة الرئيسية هنا هي أن هناك اتفاقا قليلا جدا فيما يتعلق بالنظرية . وفضلا عن ذلك ، فإن هذه التنبؤات الأخرى ونتائج الاختبار تستخدم في الوصول الى التشخيص الطبى النفسى ، وبالتالي فإن ارتباطا عاليا يكون موجودا — فالمقابلة التشخيصية لا تقوم فقط بتقييم المشاعر والأفعال والأفكار بل تتضمن كذلك التاريخ المهنى والاجتماعى .

### صدق المحتوى أو الصدق الظاهرى

يتم اثبات صدق المحتوى عن طريق اظهار مدى احتواء العملية التشخيصية بصورة جيدة على عينات من الاحوال والموضوعات التى نخرج باستنتاجات تتعلق بها وتدور حولها . فمثلا : إذا عرف الفصام بأنه اضطراب الشعور والفعل والتفكير فإن التشخيص حينئذ يعد صادقا إذا تم القيام بإعطاء المريض اختبارات كافية في هذه العمليات الثلاث . وهذا شبيه الى حد كبير بوضع تعريفات اجرائية ، اذ يمكن لتعريف اجرائى أن يعرف انفصام من حيث كونه عمليات أو إجراءات كان من الضروري استخدامها لقياسه . ومن أفضل الامثلة للتعريف الاجرائى التعريف القائل بأن « الذكاء هو ما تقيسه اختبارات الذكاء » . فالفصام هو اضطراب الشعور والفعل والتفكير . وهذا الاختبار يقيس اضطرابات الشعور والفعل والتفكير . وأذن فهذا الاختبار هو مقياس للفصام .

### الصدق المرتبط بمحك أو الصدق التنبؤى والتلازمى

يتم اثبات هذا النوع من الصدق بمقارنة نتائج العملية التشخيصية بمقياس واحد أو أكثر من المتغيرات الخارجية التى تزودنا بمقياس مباشر للخصيصة التى هي موطن التساؤل .

وقد يؤسس البرهان النيورولوجى (العصبى) للإصابة في المخ الصدق التلازمى Concurrent لتشخيص « العضوية » Organicity أى الإصابة العضوية في المخ نظرا لأن كلا من المحك والتشخيص

يحدثان في اللحظة ذاتها من الوقت • ويتم تأسيس المصدق التنبؤي Predictive حين يقع المحك في تاريخ ما من المستقبل كحتمية حدوثه اذا كان لابد من اثبات صدق تشخيصات « ما قبل الذهاني » و « الفصام الاولى » incipient •

وقد قام « ويتسون ، هانت » (Wittson & Hunt, 1951) بإجراء دراسة هدفت الى فحص سجلات ٩٤٤ موظفا بحريا ومراجعتها • وكان قد تم اجراء مقابلات لهؤلاء الموظفين البحريين أثناء السنوات الاخيرة من الحرب العالمية الثانية بسبب الشك في معاناتهم من اضطرابات طبية نفسية عصبية • وقد فحصت سجلات هؤلاء الموظفين لمعرفة ما اذا كان هناك ارتباط بين تشخيصهم وما حدث بعد ذلك من اطلاق سراحهم من الخدمة على أساس طبي نفسى عصبى • وقد وجد « ويتسون ، هانت » ارتباطا ايجابيا بين التشخيص الطبى النفسى العصبى واطلاق سراح الموظفين اللاحق له على أساس طبي نفسى عصبى •

وهناك مشكلة واحدة نواجهها في تقييم المصدق التنبؤى — وبخاصة اذا أنجز أثناء سير الممارسة الاكلينيكية العادية وتقديمها — تتمثل في التخلص من امكانية تأثر الشخصين في عملهم بما لديهم من معلومات سرية عن المرضى • اذ من الجائز في دراسة « ويتسون ، هانت » (١٩٥١) مثلا أن يكون اطلاق سراح الموظفين البحريين الذى تبع تشخيصهم قد حدث لجرد نتائج المقابلة الطبية النفسية التى أجريت للموظفين مبكرا لا بسبب أى اضطراب طبي نفسى ربما كانوا قد أظهروه •

### التنبؤ الاكلينيكي مقابل التنبؤ الاحصائى

لقد تم تطوير خطتين بديلتين يمكن استخدامها في اجراء التقييمات والتقديرات السيكولوجية ، وذلك نتيجة لما ووجه من حاجة ملحة للقياس التشخيصى الذى تجاوز كلا من التزويد بخبراء مؤهلين تأهيلا كاملا في مناهج علم النفس وحقائقه ( حاصلين على درجة

الدكتوراه) ومستوى اهتمام أمثال هؤلاء الخبراء النفسيين بما عدوه غالباً عملاً يحيط من قدرهم وقيمتهم (Carson, 1958 ; Holt, 1967) وقد استلزمت إحدى الخطتين استخدام مهنيين متخصصين أقل تأهيلاً، بحيث يسمون باخصائى القياس النفسى وبحيث يقومون باعطاء الاختبارات وتقدير درجاتها ، بينما اقتصرت الانشطة التى يقوم بها خبراء علم النفس الاكلينيكيون على تفسير نتائج الاختبار وكتابة التقارير المنبثقة عنه (L'Abate, 1964 ; Affleck, Strider & Helper, 1968) . أما الخطوة الاخرى فانها تستلزم استخدام الحاسب الآلى (الكومبيوتر) والتقنية الآلية فى تقدير درجات الاختبار وتفسير نتائجها (Meehl, 1954, 1956 ; Rome et al., 1962, 1965 ; Fowler, 1967 ; وحتى فى تطبيق الاختبار فى بعض (Butcher & Owin, 1978) 1969 ; الاحيان (Kleinmuntz & McLean, 1968 ; Kleinmuntz, 1972 ; Brooks & Kleinmuntz, 1974).

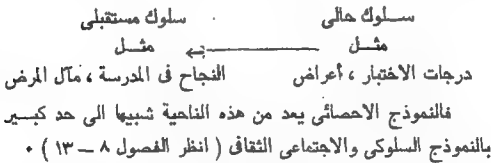
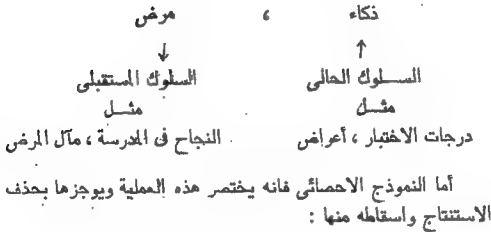
وترجع نشأة هذه التقنية الآلية automation فى العملية التشخيصية الى عام ١٩٥٤ ، فقد قارن «ميل» (Meehl, 1954) بين فعاليات الخير الاكلينيكي - عالم النفس أو الطبيب النفسى - الذى اعتمد على مهاراته الفنية أو الحدسية فى التنبؤ بالسلوك - وما أسس اليه بالطريقة الاحصائية Actuarial or statistical أو الخبرة المتعمدة فى التنبؤ . ويتمثل جوهر الطريقة الاخيرة فى تصنيف الفرد على أساس من الحقائق والبيانات الموضوعية - كنتاج الاختبار ، وأحياناً المعلومات الديموجرافية كعمر الفرد ونوعه ... الخ - ثم ادخالها فى جدول احصائى تعطى التكرارات الاحصائية لتلك الحقائق والبيانات وسط مجموعات سلوكية أو تشخيصية مختلفة . فالقيام بالتنبؤات يتم اذن على أساس من الأرجحية أو الاحتمال الاحصائى بأن الفرد سيوضع فى فئة خاصة بطريقة ملائمة .

ومن وجهة نظر مفهومية يحاول النموذج الاكلينيكي التنبؤ بالسلوك



المستقبلي على أساس من قدرة أو وحدة مرضية تستنتج من السلوك الحالي :

مفهوم مستنتج  
مثل



والميزة الرئيسية للتقييمات والتقديرات التقنية الآلية automated هي أنها تفسح المجال لاتاحة ما لدى المشخصين الجيدين من معرفة وخبرة وخطط لحل المشكلات في أوضاع أكثر مما يمكنهم رؤيته . وللأسف فإن هؤلاء المشخصين مازالوا في مرحلة التطوير ، ومازالت دقة التشخيصات التي نحصل عليها مقصورة على صدق الوسائل والاساليب التي تم تقنيتهما آليا وثباتها . ولكن يشير النقد الاساسي الى أهمية العلاقات الشخصية المتبادلة الموجودة في موقف المراقبة ، والتي تم استبدال التقنية الآلية بها .

ويرجع التقييم التقنى الآلى ليسير فى طريق محدد مسبقا تجاه الحصول على معلومات معينة وتحليلها ، وقد يواجه التقييم بهذه الطريقة صعوبة فى التعامل مع خاصيات غير عادية قد تكون لدى المريض وبخاصة فى تطوير طريقته للكفاح بنجاح مع هذه الخاصيات وملاحظة ما لا يتوقع واكتشافه . ولكن الامر الأكثر أساسية من ذلك هو أنه اذا تأثر السلوك بالموقف أو الاطار فان التقييم التقنى الآلى سوف يختار عينات من نظام مختلف من السلوك عن التقييم الذى يجرى فى اطار من المقابلة الشخصية .

ومادام المقابل يعرف بمفاته مشاركا وملاحظا يتفاعل مع المريض بالاضافة الى ملاحظته الواعية المدركة واستخدامه للملاحظات التى يجمعها فى مساعدة المريض على الكلام ، حينئذ سيصبح من الصعب استبدال الماكينة به استبدالاً كاملاً .

### خلاصة واستنتاجات

حين يكون شخص ما على وشك تلقى العلاج من اضطراب ما سواء كان هذا الاضطراب سرطاناً أم برداً عادياً فانه من المهم أن يكون قد تم تعريف الاضطراب الذى هو محل التساؤل تعريفاً صحيحاً . ولا تكمن أهمية هذا الخيار البديل فى الاقلال من الخطر من أرجحية نجاح العلاج فقط بل فى الاقلال كذلك من انفاق غير ضرورى لوقت كل من الطبيب المعالج والمريض ، ومالهما وراحتهما .

ان التحديد الصحيح لاضطراب ما يعد تحديداً صادقا ، وان أى محاولات لجعل الاجراءات التشخيصية الطبية النفسية صادقة قد أصبحت قاصرة بصورة خطيرة بسبب انعدام الاتفاق على تعريف الاضطرابات التى يفترض فى هذه المحاولات تشخيصها . وقد اهتم جانب كبير من البحث العلمى بالقضية التمهيدية للثبات التشخيصى — ألا وهى مدى ما يتوافر فى التشخيصات الطبية النفسية من ثبات .

ولكن من خلال المحاولات التى بذلت لتحسين ثبات هذه التشخيصات فقد أصبح هناك ميل متزايد الى تبني تعريفات اجرائية واختيارها ، والى التأكيد على السلوك القابل للملاحظة فى مقابل الاسباب المؤدية للمرض والديناميات التحتية الاساسية . ونتيجة ذلك حشو وتكرار للمعنى ورفض لاحدى الوظائف الرئيسة لنظام تصنيفى - ألا وهى تقدم المعرفة وتطورها .

وقد وجدت طريقتان رئيستان للتشخيص الطبى النفسى خلال القرن الحالى . أحدهما تعكس تأكيد «كريبلين» على الظواهر التى يمكن ملاحظتها ، وتعد خصيصة مميزة للطب النفسى الاوروبى بما فى ذلك الطب النفسى البريطانى ولكن باستثناء الفرنسى . أما الطريقة الاخرى فانها تعكس تأكيد «فرويد» على ديناميات الشخصية ، وتعد خصيصة مميزة للطب النفسى فى الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا . ويميل الطب النفسى الكندى الى الوقوع فى موضع بين الامريكى والبريطانى . ويمعد الاتجاه الحالى عن التفكير أو البحث فى الديناميات التحتية ليتجه نحو السلوك القابل للملاحظة . ويتم وضعه حالياً بواسطة استجابة أمريكية لتأثيره الفرويدى . ولكن الى أن نتمكن من حل قضية الصدق التشخيصى فانه من الافضل على الأرجح استمرار عديد من الطرق المخطئة . (Leff, 1977)



القِسم الثانی  
مبحث الاعراض



## مقدمة

بعد تعريف السلوك الشاذ *Abnormal behaviour* والمرض النفسى والعقلى وتشخيصهما فى القسم الاول ، من المناسب أن ننقل الى وصف هذا السلوك الشاذ ذاته .

ومن وجهة نظر سيكياترية ، فمن المفروض أن يكرس فصل من فصول هذا القسم لأحد المجموعات التشخيصية الأساسية : العصاب ، والاضطرابات النفسية الفيزيولوجية ، والتأخر العقلى ، واختلال الوظائف الجنسية ، والفصام ... الخ . وقد سبقت الإشارة فى القسم الاول الى أن كثيرا من هذه المجموعات التشخيصية مشكوك فى ثباتها ، وتختلف تعريفاتها من بلد الى آخر ، ومن وقت الى آخر . بالإضافة الى ذلك فإن كثيرا من فئات التشخيص السيكياترية التقليدية تستند الى المفهوم البيولوجى للمرض . وحتى مصطلح « مبحث الاعراض » *Symptomatology* المستخدم باعتباره عنوانا عاما لهذا القسم يثير التساؤل ، حيث يتضمن هذا العنوان أن السلوك الشاذ مجرد تعبير عن المظاهر الصريحة للاضطراب الكامن، وهو ما عارضه بشدة «توماس ساس» *Thomas Szasz* ( انظر الفصل الاول ) وكذلك السلوكيون ( انظر الفصل الثامن والثالث عشر ) .

وفى مطلع القرن الحالى ، وحين كان علم النفس يعد دراسة للمقلد، وكان منهجه التجريبي الاساسى هو الاستبطان *Introspection* شاع الاعتقاد بوجود ثلاث عمليات نفسية رئيسية : « المعرفة ، الشعور ،

الارادة : الاتجاه المعرفى Cognitive ، الاتجاه الوجدانى Affective ،  
الاتجاه الانزوعى Conative « (Stout, 1899, p. 56) وبالرغم من الرفض  
العام لعلم النفس بوصفه دراسة للعقل ، فقد ظل هذا المفهوم مستمرا  
حتى الوقت الحاضر (انظر على سبيل المثال Shapiro & Ravenette, 1959 — quoted by Meichenbaum 1977, p. 229) وهناك أيضا  
تشابه بين تصور الظواهر النفسية — فى ضوء عمليات المعرفة  
والوجدان والنزوع ، ومفهوم «فرويد» عن هذه الظواهر فى ضوء  
مصطلحات : الهو Id ، والأنا Ego والأنا الأعلى Superego وكما أشار  
«هول» لندزى (Hall & Lindzey, 1957 p. 36 ; 1978 p. 39):  
وبصورة عامة للغاية يمكننا النظر الى الهو بوصفه المكون البيولوجى  
للشخصية ، والأنا بوصفه المكون النفسى ، والأنا الأعلى بوصفه المكون  
الاجتماعى . وحتى نقدم تحليلا سيكولوجيا محددا ، فان هذا الجزء  
من الكتاب يعرض وصفا للشذوذ النفسى والسلوكى تحت هذه العناوين  
التقليدية : المعرفة ، الوجدان ، النزوع .

ولا يخلو هذا التحليل لمظاهر الشذوذ من مشكلات ، فعلى الرغم  
من أن الاعتماد على الاستبطان يمكننا من تحديد المعرفة والوجدان  
والنزوع بوصفها عمليات منفصلة ، إلا أن الدراسة التى قام بها  
«شاكتر وسنجر» عام ١٩٦٢ (Schacter & Singer 1962) بوجه خاص  
تثير أسئلة خطيرة فيما يتعلق بالناحية العملية لهذا التقسيم ، فهناك  
فى الواقع تفاعل بين هذه العمليات المختلفة ، مما حدا بكثير من منظرى  
الشخصية الى تفضيل «الجشطلت» أو الكائن العضوى الكلى على أنه  
وحدة للتحليل ، ومعارضة أى محاولة لايجاد معنى للأنظمة الفرعية  
المنعزلة أو للعمليات المنفصلة . وقد نتج هذا الاسلوب فى تقديم  
البيانات أيضا من تصاحب مظاهر الشذوذ ، والتى قد لا تظهر معا فى  
العادة ( انظر الفصل الرابع ) فنجد مثلا أن الفصام واختلال وظائف  
التعلم ، والتأخر العقلى وحالة الشرود Fugue State تستخدم لتوضيح



أنواع مختلفة من الاضطرابات المعرفية Cognitive disorders ، ومن العسير على الأطباء النفسيين تقبل ذلك ، ولكنه ليس منبت الصلة بالناحية العملية ، ذلك أن تصاحب بعض التشخيصات الشائعة أيس هو فقط كل ما يواجه الممارس ، بل أن هذه التشخيصات تميل الى الارتباط بآراء نظرية شائعة ، فعلى سبيل المثال يتبنى هؤلاء المخطرون المفهوم البيولوجي للشذوذ فيما يتعلق بمعظم التشخيصات الاكلينيكية التى تتميز باضطراب معرفى ، وذلك لتوضيح صدق دعواهم بالسبب البيولوجى ، كما ظهر أنها أصدق استجابة لطرق العلاج البيولوجى . وفى حين ترتبط الاضطرابات الوجدانية بوجهات النظر البيولوجية والسيكولوجية ، فإن الاضطرابات السروعية ترتبط بوجهات النظر السيكولوجية والاجتماعية الحضارية ، الا أن ذلك الارتباط ليس تاما .

ويجب التأكيد على أن هذا الجزء لم يقدم بوصفه بديلا لأى من المخططات التصنيفية الموجودة ، فالفئات السيكياترية مثل : البارانويا ، الفصام ... الخ تذكر فقط للاستعانة بأعراضها بوصفها أمثلة للسلوك موضع الاهتمام . وان تضمن هذه الفئات لا يعنى أنها أنواع للاضطراب ، مع افتراض ضمنى مؤداه وجوب إعادة تصنيف هذه الفئات . وهذه نقطة خفية ولكنها مهمة جدا ، فإذا كان الهدف من هذا القسم هو تقديم معنى تصنيفى بديل ، فالنتيجة ستكون بلا شك متعددة المحاور ، مع وصف كل فئة تشخيصية من الفئات السيكياترية الشائعة على أكثر من محور واحد .

ونقطة أخيرة : ليس هناك جديد فى تقديم تحليل سلوكى فى ضوء العمليات المعرفية والوجدانية والنزوعية ، ولكن من الممكن أن تبزغ بعض الأفكار والاستبصارات الجديدة من خلال تنظيم المعطيات تبعا لمثل هذا التخطيط التصنيفى .



## الفصل الرابع

### اضطرابات العمليات المعرفية

العمليات المعرفية Cognitive Processes هي تلك العمليات النفسية التي تتدخل في معرفتنا بالبيئة وتشمل : الإدراك Perception ، الذاكرة Memory ، التفكير Thinking ، الاستدلال Reasoning ، التصور Imagination ، ومن المفاهيم ذات الصلة الوثيقة بالتراث الأكاديمي - في مقابل الكلينيكي - مفاهيم «الانتباه» Attention و «اليقظة» Vigilance . «والاستجابات الموجهة» Orienting Responses .

ونحن لا نغالى في تقدير أهمية العمليات المعرفية في علم النفس ، فقد كانت هذه العمليات - وبخاصة الإدراك والتفكير - مركزية في مفهوم «الأنا» الفرويدي ، كما احتلت العمليات المعرفية مركزا رئيسا في علم النفس التجريبي منذ بدايات هذا القرن وقد ركز عليها بياجيه (Piaget, 1962) في علم النفس الارتقائي ، وتعد مركزية بالنسبة للممالجين الفرويديين المحدثين ( انظر : Arieti, 1974 a ) ، وأيضا في العلاج العقلاني الانفعالي من وضع «اليس» (Ellis, 1962) ، (Ellis & Grieger, 1977) وتعديل السلوك المعرفي ( انظر على سبيل المثال : Beck, 1970; 1976; Meichenbaum 1971, 1974, 1977) كما افترض أيضا أن جوانب التشخيص الحسي الإدراكي قد تكون الاضطرابات الأساسية التي يفسر في إطارها تطور المرض النفسي أو العقلي (Zubin & Sutton 1970) وبرغم ذلك فإنه تجدر الإشارة

بشكل عابر الى أن العلاجات الفرويدية الحديثة والعلاج العقلاني/ الانفعالي لا تستخدم في علاج الاضطرابات المعرفية الشديدة ، وكما سيرد في الفصل الثاني عشر فإن هذه العلاجات كان لها استخداما الأولى في علاج العصاب ، وعلى الرغم من أنها تعزو الشذوذ السلوكي الى شذوذ معرفي كاهن أو سابق ، فانها مع ذلك وبشكل متناقض — تعتمد في نجاحها على التطور الصحي — نسبيا — لهذه العمليات . أما الاضطرابات المعرفية الشديدة فترتبط بالذهان والاصابات العضوية في المخ Organic brain damage ، كما يرتبط صرع الفص الصدغي Temporal lobe epilepsy — بوجه خاص — باضطرابات معرفية متنوعة (Penfield & Perot, 1963, Fischer-Williams et al., 1964; Milner; 1968) فمثل هذه الامراض تعالج بالأساليب البيولوجية العلاجية ( انظر الفصل الحادي عشر ) .

وترتبط العمليات المعرفية معا ارتباطا وثيقا ، ومن العسير الفصل بينها كما هو الحال بالنسبة لعمليات المعرفة والوجدان والنزوع ، إذ من السهل فصلها نظريا ولكنها مسألة صعبة عمليا . وقد قدمت المدرسة الاجرائية Transactionalism في الادراك ( انظر : Ittelson, 1952 ) عددا من البراهين الدالة على العلاقة الوثيقة بين الادراك والتفكير ، وصعوبة التمييز بين هاتين العمليتين . الا أن كثيرا من علماء النفس يرون أنه من المفيد تحديد هوية العمليات المعرفية المختلفة ، سواء أكان لذلك قيمة فعلية أم من حيث الاعتقاد بأن دراسة أجزاء النظام تيسر فهم الكل ، ويعرض هذا الفصل للمعلومات المتاحة عن التنوع الواسع لاضطرابات هذه العمليات .

ولكن قبل البدء في ذلك ، هناك تطبيق متضل بترتيب فصول الكتاب .

فقد عرف «وودورث ، شلوسبرج» (Woodworth & Schlosberg,

1955) «الانتباه» بأنه عامل انتقائي مسئول عن سلوك الشخص بشكل متسق ومتكامل تجاه منبه معين ، مع عدم ظهور استجابات لمبهيات

بعيدة الصلة أو متعارضة • أما مفهوم «اليقظة» فيعرفه « آدمز ، بولتر » (Adams & Boulter, 1962, p. 495) بأنه «انتباه طويل المدى للإشارات الموقفية في مهمة خاصة بالمراقبة» • ويقرر « برلين » (Berlyne, 1960 p. 95) أن « الاستجابات الموجهة » تشير الى « تلك العمليات التي تركز على أعضاء الاستقبال وتوجهها وتجعلها حساسة ، ونجد أن هناك تشابها كبيرا بين هذه التعريفات التي أدت مهمة اللقاء الضوء على اتجاه عام في علم النفس مؤداه : أن فهمنا للظواهر يختلف باختلاف السياق • وقد تكون هذه التعريفات أيضا نموذجًا للمفهوم النفسى الذاتى ( وهو الشعور في هذه الحالة ) حتى يصبح ذا فاعلية الى درجة لا علاقة لها بالموضوع ، وقد وصف «باكان» (Bakan, 1965) هذه الظاهرة تحت عنوان « مركب البراعة - الغموض » *Mystery-Mastery Complex* في علم النفس - وعلى أية حال فإن هذين الاتجاهين نتجا عن تعدد المسميات للمفهوم الواحد •

### اضطرابات الادراك

الادراك هو العملية التي تنتج في الوعي الذاتى *Awareness* بتبنيه أحد أعضاء الحس • وهذا الوعي غالبا ما يكون وعيا شعوريا ، ولكنه ليس شرطا ضروريا للادراك • والادراك هو أساس المفهوم السيكياترى « الاتصال بالواقع » وهو الذى يزود الذاكرة والتفكير والتصور والاستدلال بالمعطيات الخام •

وفي تحليلنا للاضطرابات المعرفية نستطيع التمييز بين اضطرابات الحقيقة *Disorders of Veridicality* واضطرابات الحساسية *Disorders of sensitivity* • وهذا التمييز هو فى الأساس تمييز بين الاضطرابات الكمية والكيفية ، وشبيه أيضا بالتمييز بين الخداعات الحسية والتشوهات الحسية ، والذي أشار اليه «فش» (Fish 1967) •

وتشير اضطرابات الحقيقة الى ادراك الأشياء أو الناس بطريقة لا يتطابق فيها الشكل المدرك مع الشكل الخارجى أو الحقيقى للشئ •

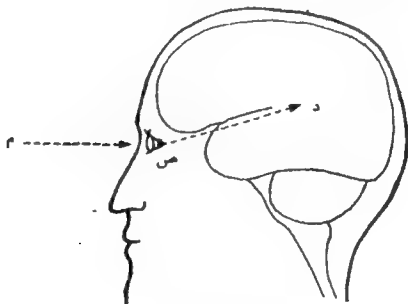
ومن الناحية الفنية ، فإن اضطرابات الحساسية الإدراكية هي اضطرابات الحقيقة ، إلا أنه يقصد بهذا المصطلح في السياق الحالي الإشارة الى تلك الظروف التي يكون فيها الشكل المدرك متطابقا مع الشكل الخارجى أو الحقيقى للشيء ، ولكن الحجم والنصوع والوضوح وحتى سرعة الإدراك تكون متغيرة ، فهو اضطراب كمي وليس كيفيا .

### اضطرابات الإدراك الحقيقى : (١) غير المرئية

تقدر ٨٠٪ تقريبا من الانطباعات الحسية التي نستخدمها في الحصول على معلومات عن البيئة بأنها بصرية . ونظرا لتلك السيادة البصرية فإن فهم العمليات الإدراكية والمفردات التي تشير إليها ومعرفتها تعد أكثر ثراء بالنسبة لحاسة البصر من غيرها .

وباستخدام نموذج يعتمد على الجهاز البصرى ، نستطيع تمديد ثلاثة جوانب أساسية للعملية الإدراكية :

- ١ - الشيء الخارجى الحقيقى : ويرمز له بالرمز « م » .
  - ٢ - الصورة الفرعية الشبكية : ويرمز لها بالرمز « ص » .
  - ٣ - الصورة الذهنية المركزية أو المدرك : ويرمز لها بالرمز « د » .
- انظر شكل ( ٤ - ١ ) .



( شكل ٤ - ١ )

## ظواهر الثبات Constancy

في ظل ظروف مثالية يكون المدرك نسخة مطابقة للشيء الخارجى ، وفى الواقع فان الشيء الخارجى له ثلاثة أبعاد ، فعلى حين نجد صورة الشبكية ذات بعدين فقط ، فان صورة الشبكية لا تكون نسخة مطابقة تماما للشيء الخارجى ، ومن ثم يكون هناك جانب مفقود من الحقيقة . ولكن من خلال الادراك بالعينين معا ، وتعلم بعض هذا الفقد ، تتم عملية تعويض فى تكوين المدرك . وقد وصف «ثوليس» (Thouless, 1934 a, b) ذلك على أنه « ظاهرة انحدار فى اتجاه الشيء الحقيقى » .

كما درس ذلك على يد علماء النفس التجريبيين على أنه ظواهر « الثبات » ، ويعد الثبات موضوعا أساسيا فى الادراك السوى ، فهو الآلية (الميكانيزم) الذى يمكن الشخص من الاحتفاظ بوعيه بثبات الأشياء برغم تغير وجهات النظر والمنظور .

و «الثبات» ليس موضوعا فى علم الامراض النفسية الا اذا فشل أن يحدث .

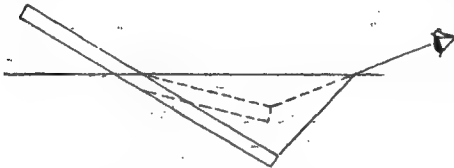
ونظرا لتأثيرات المسكالىن Mescaline فقد افترض « آلدوس هاكسلى » (Huxley, 1954) أن عقاقير معينة وبخاصة العقاقير الحديثة للذهان Psychotomimetic ( انظر الفصل الحادى عشر ) تعطى الثبات لى الأسوياء . وهناك براهين على ارتباط الثبات بالاتصال بالواقع . وقد وجد « لفنجر » (Lovinger, 1956) أنه فى ظل الظروف ذات الحد الأدنى من الهاديات Cues فان الفصامين الذين ينتقلون الى الاتصال بالواقع يكشفون عن ثبات أقل بدرجة جوهرية بالمقارنة الى كل من المرضى غير السيكياتريين والمرضى الفصامين الذين يمدون فى حال جيد من الاتصال بالواقع ، وكما وجد «فيكوفتر» (Wechowitz, 1957) انخفاضاً فى ثبات الحجم لدى الفصامين المزمنين بالمقارنة الى الاضطرابات غير الفصامية والاسوياء ، الا أن «روش» (Roush, 1952) قد قرر وجود ارتفاع ثبات الحجم لدى حالات الفصام

## • البكر والفصام الهذائي (البارانويدى)

وقد افترضت أسس بيولوجية لهذه الملاحظات من خلال تقرير العلاقة بين ثبات الحجم ونشاط الجهاز العصبى الذاتى *Autonomic nervous system* لدى مرضى الفصام ، بحيث تكون زيادة الثبات مصحوبة بالزيادة فى نشاط الجهاز العصبى السيمبتاوى (Wechowicz 1958) Sympathetic Nervous System

## الخداعات Illusions

حينما يتطابق المدرك مع الصورة الشبكية ولا تتطابق الصورة الشبكية مع الشيء الخارجى ، أى حينما تفقد حقيقة المدرك بين الصورة الشبكية والشيء الخارجى ، تكون النتيجة «خداعات» ومن الامثلة على هذه الخداعات « ظاهرة العصا المنكسرة » *berit-stick phenomenon* انظر شكل ( ٤ - ٢ ) •



شكل ( ٤ - ٢ ) : خداع العصا المنكسرة

محيث تنكسر أشعة الضوء حين تمر من الماء الى الهواء ، فان العصا المستقيمة التى وضع نصفها فى الماء والنصف الآخر خارج الماء تبدو منكسرة • ومع ذلك فمادام هذا الفقد للحقيقة يرجع الى أحداث فى البيئة الخارجية ، فان هذه الظواهر تهم الفيزيائى أكثر من عالم النفس •

اضطرابات الادراك الحقيقى : (٢) الهالوس *Hallucinations* على عكس الثبات الادراكى تقريبا ، فان الحقيقة الادراكية من



الممكن أن تفقد داخل الكائن العصى بين صورة الشبكية والمدرّك .  
ومثال ذلك خداع موللر — لير Muller-Lyer-Illusion انظر شكل  
( ٣ — ٤ ) .



شكل ( ٣ — ٤ ) : خداع موللر — لير

وبالنظر الى هذا الشكل فاننا نجد رؤوس الاسهم المتجهة الى الداخل والخارج عند نهايات خطين متساويين في الطول يعطى مظهر عدم تساوى الخطين في الطول . ولا توجد قوانين في الفيزياء يمكن أن تفسر هذه الظاهرة بالطريقة التي فسرت بها ظاهرة «العصا المنكسرة» ، ولذلك تعد محدداتها سيكولوجية (Muller-Lyer, 1896 ; Boring, 1942) وخداع موللر — لير هو تشويه ادراكي Perceptual distortion فهناك شيء خارجي ، ولكنه لا يدرك على حقيقته . ومن الممكن أن نتصور أن المدرّك الذي نستطيع الحصول عليه ليس مجرد تشويه للصورة الهامشية الحقيقية . ولكنه تلفيق كامل ، وحينما يحدث ذلك فانه يشير الى الهلوسة .

والهلوسة هي ادراك مزيف ، نظرا لحدوث المدرّك أو الصورة الذهنية في غياب كامل للتطابق مع الشيء الخارجى . ولكي نميز بين الهلوسة والحلم ، فان الادراك المزيف لابد أن يحدث في سياق الادراك السوية (West, 1962, Siegel, 1977) وليس من السهل التقرير بأن مدرّكا معينا قد تكون في غياب الشيء الخارجى الملائم ، وذلك اذا ما حدث مقترنا بالادراكات السوية ، وكثير مما يشخص على أنه هلاوس

تد يكون تشويعات ادراكية أو تفسيراً خاطئاً لمدرجات معينة مثل الظلال أو الخيالات ، وتكون في هذه الحالة توهمها Defusion أكثر منها هلوسة.

وتمشياً مع التأكيد على السلوك القابل للملاحظة على حساب العمليات المستتجة والكامنة ، تعرف الهالوس أيضاً بأنها « تخيلات مقررة » (Sartre, 1967 ; Sartre & Juhász, 1967) Reported وهذا التعريف يتحاشى مشكلة التفرقة بين التفكير والادراك ، رغم أنها مشكلة حقيقية تماماً ، وتنعكس حتى في الكلام اليومي حينما يتراوح معنى فعل « يرى » من التنبه عبر الادراك والتفسير الى الفهم . وليس من غير المعتاد ، ويجب ألا يكون من غير المتوقع أن نجد مشكلات سيكولوجية تنعكس في الكلام اليومي ، وفي الحقيقة فإن المتعلقات الاجتماعية لعلم النفس تعتمد تقريباً على الكلام اليومي الى الحد الذي يعرف فيه علم النفس بأنه الدراسة العلمية للحس العام Common sense أو الفطرة المشتركة ، ولكن العلاقة بين علم النفس والحس العام لسوء الحظ أخذت غالباً شكل دراسة ما يعرفه كل فرد بلغة لا يفهما أي فرد . وينظر الى الهلوسة أيضاً على أنها مصطلح ازدرائي ينتقص من القدر . وهناك أنواع كثيرة من الادراك تحدث في غياب المنبه الملائم . فإذا قيم انتاجها بشكل ايجابي فإنها تسمى : صورا ذهنية ، وإذا قيمت بشكل حيادي فإنها تسمى ادراكات مزيفة ، ولكنها تسمى هالوس فقط حينما نقيم بشكل سلبي (Sartre & Juhász, 1967) ويغض النظر عن تعريف الهالوس فإنها من بين الظواهر الشائعة حقاً في علم الأمراض النفسية . ويمكن أن تحدث الهالوس مع كل الكيفيات الحسية ، وتعد من الامور المشخصة للذهان وبخاصة الفصام واصابات المخ العضوية . وفي حين تكون الهالوس البصرية أكثرها مسرحية واثارة ، فإن الهالوس السمعية أكثرها شيوعاً (Malitz, Wilkens & Escover, 1962 ; Mintz, & Alpert, 1972) ، ولكن ربما كان أغربها وأكثرها توثيقاً في التراث : هالوس الاطراف الوهمية Phantom Limbs والتي نخبرها خلال حاسة اللمس .

## الهلاوس البصرية

تتراوح الهلاوس البصرية بين : الاحساسات الاولى أو ومضات الضوء ، عبر أنماط وتنظيمات معينة الى ادراكات منظمة للكائنات الحية .

وهذا النوع من الهلاوس أكثر شيوعا لدى الحالات العضوية العادية — مثل الذهان الكحولي الذي يصاحبه تشوش الشعور Clouding of consciousness — منه لدى حالات الذهان غير العضوي أو الوظيفي .

وفي حالة تشوش الشعور يفتل بالطبع وعي المريض بادراكاته الخاصة بحيث يصبح من الصعب عليه التمييز بين الهلاوس والادراكات الحقيقية . وقد قدمت هذه المصوبة تفسيراً للهلاوس لدى الفصامين (Mintz & Alpert 1972) ، على الرغم من وجود دلائل على قدرة المريض بالذهيان Delirium على القيام بهذا التمييز (Fish, 1967) .

## الهلاوس السمعية

تتراوح الهلاوس السمعية من الاحساسات الاولى الى الادراكات المنظمة ، من الضوضاء الى الاصوات ، وتختلف ادراكات المريض في وضوحها ، ولذا نجد أن بعض المرضى يقررون أنها واضحة كالاصوات المعتادة بحيث يرجعونها الى مصدر خارجي ، على حين يصف مرضى آخرون هذه الاصوات بأنها في رؤوسهم كما لو كان شخص ما يتحدث اليهم أو كما لو كانوا يسمعون أفكارهم الخاصة . وحينما يتأمل الشخص في مصدر الادراك بهذه الطريقة ، يندمج الادراك مع التفكير بوضوح .

وتحدث أصوات الهلوسة في بعض مراحل المرض لدى معظم المرضى الفصامين ، وقد تحدث أيضاً لدى الحالات العضوية والاكثاب الذهاني ، وحينما يسمع الشخص تفكيره هو بصوت مرتفع والذي يعرف

في اللغة الفرنسية باسم «echo de pensées» أو «ترديد الفكر» Thought echo أو صدى الفكر (التفكير الجهوري) في اللغة الانجليزية، فان ذلك يعد «منحسا للفصام بوجه خاص (Fish, 1967).

### الهالوس الشمية

تشير كثير من أعراض صرع الفص الصدغى الى ذهان غابر Transient Psychosis وفي أثناء النوبة يعاني المريض من هالوس متنوعة بما فيها الهالوس الشمية (Jackson 1931, Flor Henry, Olfactory 1969) وقد يسبق النوبة ادراك لرائحة كريهة مثل حرق طلاء أو حرق مطاط (Fish, 1967)، ومع ذلك ترتبط الهالوس الشمية في الفصام غالبا بالافرازات الجنسية، (Bemporad & Pinsky 1974).

### هالوس التذوق

توجد هالوس الطعم أو المذاق Gustatory لدى مريض الفصام والحالات العضوية، ولكن ليس واضحا دائما ما اذا كانت حساسة التذوق لدى المريض الذي يهلوس في الطعم مشوهة أو حساسة جدا، أم أنه يشعر عامة بالغرابة بحيث يستطيع أن يوضح حالته فقط بافتراض تغير في طعامه (Fish, 1967).

### الهالوس اللمسية

تسمى أكثر أشكال الهالوس اللمسية Tactile شيوعا الدغدغة أو التميل Formication، وهي شعور بالزواحف أو الحشرات تزحف فوق الجلد أو تحته. وعادة ما ترتبط الهالوس اللمسية بذهان الكحول والكوكايين (وفرويد) العرض الاساسي لذهان الكوكايين بأنه الشعور بحركة الثعابين على الجسم).

وتتضمن الهالوس اللمسية في الفصام احساسات جنسية — كما هو الحال بالنسبة للهالوس الشمية (Bemporad & Pinsker, 1974). وقد افترض أن الفصامين يخبرون هالوس لمسية أخرى ، ولكن نظرا لصعوبة وصفها فإنه ينبغيها ويعبر عنها في صورة « ألم » Pain (Pfeifer, 1970) .

### الم الطرف الوهمي

يشعر كثير ممن بترت أحد أعضائهم « بطرف وهمي » Phantom limb بعد فقدهم للعضو الطبيعي مباشرة . ويحدث هذا الشعور بشكل متكرر بعد بتر الذراع أو الساق ، كما تشير بعض التقارير إلى وجود هذا الشعور أيضا عند بتر الثدي ، وكذلك بتر القضيب والخصية .

وقد توجد كل أجزاء الطرف الحقيقي في ذلك الوهم ، ولكنها غالبا ما تكون مقربة مشوهة ، فمثلا قد تكون الذراع الوهمية ذراعا قصيرة ويذا سوية الحجم مع ابهام كبير . وفي الحقيقة فإن الاطراف الوهمية تتطابق فيما يبدو — في كل من الحجم والحيوية بالنسبة للشخص — مع الحجم الذي يمثلها في لحاء المخ .

وقد تستمر الاطراف الوهمية سنوات طويلة دون أن تسبب أي ضيق للشخص . ولكن بعد أن سجل « باري » Paré هذه الظاهرة لأول مرة عام ١٥٥٢ ، صدر تقرير يفيد بأن حوالي ٣٠٪ من الأشخاص يعانون من درجة ما من الألم في الطرف ، كما يصبح هذا الألم شديدا بالنسبة لحوالي ٥٪ (Melzack, 1981) . وقد وصف هذا الألم على أنه : ألم «وضعي» Postural ، «مضق» Burning ، «أصابه بطلق ناري» Shooting . وعادة ما يرتبط الألم «الوضعي» بتصور مكافئ قوي للطرف وهو يلوى بشكل ما . وقد أشار «ليفنجستون» (Livingston, 1943) إلى حالة سيدة صغيرة وصفت يدا وهمية عبارة عن أصابع ملتصقة حول الإبهام ، بأظافر محفورة في راحة يدها .

ويشعر مثل هؤلاء المرضى كما لو أن تغيراً في وضع الطرف سوف يريحهم من الألم الذي يصاحبه بشكل متكرر حركات اهتزازية غير متحكم فيها من الجزء المتبقى من الطرف بعد بتره ، أما ألم «الحرق» فهو في العادة أكثر قسوة ، ويتراوح في شدته من مجرد الاحساس بالدفء الى الاحساس بأن الطرف كما لو كان في نار موقدة ، وتزداد الحالة سوءاً بمرور الوقت . أما ألم « اطلاق النار » أو «الطعنة» Stabbing فقد يظهر بمفرده أو نتيجة نهائية للألم الوضعي أو الحرق ، وغالباً ما يصاحبه تقلص عضلي عنيف في الجزء المتبقى من الطرف .

وتشير دراسات «سيمل» (Simmel, 1956) عن مرضى «الجذام» Leprosy الى أن ظاهرة « الأطراف الوهمية » لا تحدث بعد تآكل الاصابع Absorption of digits ولكنها تحدث فقط بعد البتر . وبالإضافة الى ذلك فإن هذه الظاهرة لا تحدث اذا بتر الطرف قبل بلوغ المريض سن خمس سنوات (Cronholm, 1951) ، ولذلك يبدو أن غمض القلم ، متضمن في حدوث ظاهرة الأطراف الوهمية ، كما افترض أن الوهم يرجع الى استمرار «مخطط الجسم» body-schema والذي تكون في الجهاز العصبي المركزي عند مستويات عليا في المخ (Head & Holmes, 1911) .

وفيما يتعلق بتطور « وهم الأطراف » فإن النظريات الحديثة تؤكد على التنبيه الطرفي (الفرعي) Peripheral-Stimulation للخلايا المتطورة حديثاً عند نهاية العصب المقطوع، كما تؤكد على العوامل العصبية المركزية ، وأخيراً الاستجابة السيكوندينامية للاقصاء أو البتر الرمزي Symbolic castration (Bloom & Snyder, 1976) . ويفسر ألم « الطرف الوهمي » على أنه حالة خاصة من « الألم العصبي » Neuralgia وهو الألم الذي يتبع إصابة العصب .

### اضطرابات الحساسية الإدراكية

يمكن النظر الى اضطرابات الحساسية الإدراكية — كما سبق أن

ذكرنا - على أنها اضطرابات الحقيقة ، ولكنها تعد في هذا السياق اضطرابات كمية أكثر منها كيفية ، وتخصص في ضوء تغيرات : الحجم والنساعة والوضوح وسرعة الإدراك ، والظواهر التي نهتم بها هنا تحت عنوان الحساسية الإدراكية شبيهة بالظواهر التي درست في علم النفس التجريبي تحت عنوان « الانتباه » ، وان ما سنشير اليه هنا على أنه « الامتداد الإدراكي » Perceptual extensity تشيع الإشارة اليه على أنه « سعة الانتباه » Breadth of attention .

### اضطرابات شدة الإدراك

حينما يبدو الضوء أو الصوت أو اللمس أكثر شدة من المعتاد ، يظهر المريض حساسية عالية . وزيادة الحساسية هذه تسمى « فرط الحساسية » Hyperaesthesia ، وقد ارتبطت بتوهم المرض العضوى Hypochondriasis (Fish, 1967) ، وحالات القلق (Granger, 1957) وعصاب الحرب (Levy, 1945) .

وعكس « فرط الحساسية » ، « نقص الحساسية » أو عدم الحساسية للتنبه . ويرتبط ذلك أيضا بالقلق (Fish, 1967) والهستيريا التحويلية Conversion hysteria (Coleman, 1964) ، والأعصاب Lesions العصبية ، والهذيان ونقص أوكسجين الانسجة الناتج عن تشبع الدم بثاني أكسيد الكربون (Mc Farland et al., 1944) .

ولا ترجع التغيرات في ادراك النساعة البصرية الى نشاط مفرط مركزى أو سيكياترى أو سيكولوجى مباشر ، ولكن الآليات (الميكانيزمات) الطرفية يمكن أن تحدث هذه التغيرات ، فمثلا يميل انسان العين الى الاتساع في حالة القلق ، ويمكن أن ينتج ذلك عن زيادة كمية الضوء التي تصل الى الشبكية . وتؤثر حركات العين السريعة واختلال توازن العصب المحرك للعين على جزء الشبكية - وهى غير متماثلة الحساسية - المعرض للتنبه . ويمكن أن يؤثر اختلال التكيف هذا على ادراك

النصاعة سواء أكان ذلك بشكل مباشر مسببا عدم وضوح الرؤية ، أم بشكل غير مباشر من خلال تنبيه التميز التعويضي لحجم أنسان العين .

## ادراك دون الوعي

يشار الى ادراك دون الوعي Subliminal Perception أيضا بمصطلحي : تحت الوعي Subception ، و « التعرف دون وعى » . ويرتبط « ادراك دون الوعي » بحقيقة أن الناس كثيرا ما يستجيبون لمنبهات غير واعين شعوريا بها ، ولذلك فهي ترتبط بمفهوم العمليات اللاشعورية في التحليل النفسى ( انظر : Spence & Bressler, 1962 ; Pine, 1964 ) وقد جادل اريكسين (Erikson, 1958, 1960) ضد وجود مثل هذه العملية مقدما تفسيراً بديلاً مدعماً بالبرهان التجريبي ، وافترض امكانية تفسير النتائج في ضوء الادراك الجزئى ، وليس « الادراك دون الوعي » .

فالدراسات التى استخدمت استجابة الجهاز العصبى الذاتى كمؤشر « للادراك دون الوعي » والاستجابة اللفظية كمؤشر « للادراك الشعورى » ، يمكن تفسيرها في ضوء اختلاف الحساسية لكل من نظامى الاستجابة . وكانت مناقشة «اريكسين» مماثلة لتفسير الهلوس في ضوء الادراك الخاطئ للظلال (الخيالات) وعدم قدرة المريض على التعبير بشكل ملائم عما يدركه .

## اضطرابات حدة الادراك

تشير الحدة Acuity الى القدرة على ادراك الانفصال بين منبهين يحدثان بشكل متلاحق ، بحيث يعتمد هذا الانفصال — من بين أشياء أخرى — على شدة المنبه ، ومع ذلك فمن الممكن أن تعد الحدة مستقلة عن الشدة، ونستطيع تحديد نوعين مختلفين من الحدة : المكانية Spatial ، والزمانية Temporal ،

ونقاس الحدة المكانية بواسطة لوحة «سنيللين» لقياس البصر



Snellen eye chart خلال الفحص الاعتيادى للعين ، وقد أستخلص «جرانجر» (Granger, 1953) من مسحه للتراث أن العصابين تختل لديهم الحدة المكانيّة .

أما محك الحدة الزمانية فهو عبارة عن أقصر فاصل زمنى نستطيع أن نتبينه بين منبهين متلاحقين قبل ادراكهما على أنهما منبه واحد . ويقاس هذا المحك بصريا من خلال ومضتين وعتبة تداخل الومضات Flicker-Fusion Threshold وتختل الحدة الزمانية في حالات الإصابة العضوية بالمخ (Werner & Thuma, 1942; Tenber, Btlesby & Bender, 1960) وكذلك في حالات القلق المرتفع (Buhler 1954, Kubzansky, 1954, Goldstone ; 1955) ومع ذلك فالتقارير التجريبية غير متسقة (Ricciuti, 1948, Wagoner, 1960) وقد تبني كلارك (Clark, Brown & Rutchman; 1967) نظرية القرار الاحصائى لاكتشاف العلاقات التى قدمها «سويتس» وآخرون (Swets et al ; 1961, Swets, 1964) وذلك باستخدام اجراء الاختيار المقيّد بدلا من الطرق السيكمترية التقليدية ، وافترض «كلارك» أن الفروق التى ظهرت ربما ترجع الى تحيز الاستجابة ، وهى ثقة المفحوص أو ترحيبه بتقرير ما اذا كان المنبه يضىء بصورة متقطعة أم متداخلة ؟ ويعد هذا التفسير بديلا عن ارجاع الفروق الى الحساسية الحسية الادراكية Sensory Perceptual Sensitivity .

## الدفاع الادراكى

يرتبط مفهوم الدفاع الادراكى Perceptual Defence بمفهوم التحليل النفسى للكبت (Blum, 1954, 1955; Clapp, 1951; Nelson; 1956) Carpenter et al; 1955) كما يرتبط بالقياس الاسقاطى (Eriksen, 1951, Eriksen & Lazarus, 1952) . وقد أستخدم مصطلح « الدفاع الادراكى » لأول مرة لدى « برونر ، بوستمان » ،

وكان ذلك في مقاليتين نشرتا عام ١٩٤٧ (Bruner & Postman 1947) واستخدامه ليشير به الى نتيجة مؤداها أن الكلمات ذات الطبيعة الزعجة انفعاليا تكون أكثر صعوبة في التعرف اليها بالنسبة الى الكلمات المحايدة. كما استخدم المصطلح نفسه في مقالة أخرى لهم نشرت عام ١٩٤٨ (Postman, Bruner & McGinnies; 1948) ليشير الى نتيجة مؤداها « أن الكلمات ذات القيمة المنخفضة — كما قدرت من خلال دراسة « أوليورت ، فيرنون » عن القيم — أكثر صعوبة في التعرف اليها بالنسبة الى الكلمات ذات القيمة المرتفعة » . وفي عام ١٩٤٩ أثبت « مالك جينيس » (McGinnies, 1949) مصطلح « الدفاع الادراكي » ، وفصله على أنه آلية أو ميكانيزم ادراكي خاص يستحق العناية والجهد ، فاستخدم مجموعة من ستة عشر مفحوصا من الاسوياء لقياس عتبة الدوام البصري في التعرف اللفظي لكلمات ذات معنى ، وكذلك قياس استجابة الجلد الجلفانية (Galvanic Skin Response (GSR) التي تثيرها تلك الكلمات قبل محاولات التعرف . وقد قدم للمفحوصين احدى عشرة كلمة محايدة وسبع كلمات ذات نبرة انفعالية . وقد وجد « ماك جينيس » أن المفحوصين أجابوا باستجابة جلفانية مرتفعة بدرجة جوهرية للكلمات ذات النبرة الانفعالية أكثر من استجاباتهم الجلفانية للكلمات المحايدة . وحيث انه اتضح أيضا ارتفاع عتبة التعرف للكلمات ذات النبرة الانفعالية فقد فسر « ماك جينيس » (McGinnies 1949, P. 251) نتائجهم على النحو التالي :

« في حالة تقديم تجنب شرطى للرموز اللفظية ذات المعاني غير المسارة للشخص الملاحظ ، فإن الكلمة المنبه تستخدم هادئة One للقلق الكامن العميق ، والذي يظهر في النشاط الذاتى Autonomic activity كما يقاس بالاستجابة الجلفانية ، ويستثار تجنب مزيد من القلق في شكل دفاع ادراكي ضد التعرف الى موضوع المنبه » .

ثم يعرف « ماك جينيس » (1949, p. 244) الدفاع الإدراكي على أنه :

« تنقية Filtering ادراكية للمنبهات البصرية التي تستخدم

في أمثلة كثيرة لتحمي الملاحظ بقدر الامكان من الوعي بأشياء

لها دلالة انفعالية غير سارة بالنسبة له » .

وقد وجه النقد للتجارب المبكرة في الدفاع الإدراكي من أربس زوايا ، فكما صاغ « ماك جينيس » المفهوم على أنه يتضمن « قبل المدرك » Pre-perceiver — أى أن الناس يرون الأشياء قبل رؤيتهم لها مرتبة ، وذلك لكى يمنحوا أنفسهم من رؤيتها ، وقد افترض « هاوس ، سولومون » (Howes & Solomon, 1950) أنه بالامكان أن نحصل على تفسير أكثر اقتصادا في ضوء التكرار النسبي الذى تحدث به كلمات المنبه في اللغة الانجليزية ، بمعنى أن تكرار الكلمة هو المتغير الحاسم وليس الانفعال الذى يثيره المنبه .

ويضيف « هاوس ، سولومون » في المقالة ذاتها : حيث ان الكلمات التى استخدمها « ماك جينيس » في تجربته هي كلمات محظورة اجتماعيا ، فان القمع الارادى للاستجابة اللفظية يمكن أن يكون تفسيراً معقولا أكثر من اختلال ادراك المنبه .

وقد لاحظ « لوكنز » (Luchins, 1950) أن الدراسات المبكرة التى قام بها « برونر » وزملاؤه تفترض آلية (ميكانيزم) « الحسابية الادراكية » بالاضافة الى « الدفاع الإدراكي » ، الا أنه يرى أن هذه المفاهيم تستخدم دون مبرر فيما يتعلق بهذا الموضوع .

وقد نشر « اريكسين » النقد التفصيلي لهذا المفهوم في سلسلة من المقالات (Eriksen, 1956, 1957, 1958, 1960) . كما أشار « ديكسون » (Dixon, 1958) الى أن فكرة « قبل المدرك » يمكن أن تكون ذات معنى فقط اذا كان هناك تدرج في عتبات الاستجابة ، أى اذا كان هناك

« ادراك دون الوعي » ، ولكن « اريكسين » وجه نقدا شديدا الى وجود  
« الادراك دون الوعي » .

### اضطرابات الامتداد الادراكي

افترض « ايستر بروك » (Easterbrook, 1959) أن التنبيه الانفعالي Emotional Arousal يعمل بشكل متسق لخفض مدى الهاديات Oues التي يستخدمها الشخص ، ففي حاسة السمع ، نجد اختبار سعة الارقام الذي تستخدم فيه سلاسل من الارقام المفردة تقرأ على المريض - بفاصل زمني قدرة ثانية واحدة - وذلك بهدف تحديد أطول سلسلة يستطيع أن يستعيد بها مباشرة . ويرتبط هذا الاختبار ارتباطا ايجابيا بالذكاء ، كما يتأثر عكسيا بالقلق . ويستخدم كذلك لقياس « سعة الفهم » و « سعة الذاكرة المباشرة » ، كما يعد مثالا جيدا للتشوهات في موضوع « الامتداد الادراكي » الذي يتضمن المجال البصرى . ويعد « شاركو » Charcot في عام ١٨٦٨ من أوائل من أدركوا الدلالة الممكنة لخصائص المجال البصرى . وكان « شاركو » رائدا للمتخصصين في علم الاعصاب في زمانه ، كما كان رئيسا لمستشفى سالبترير Salpêtrière في «باريس» وتلمذ على يديه «فرويد» ، وقد وجه شاركو الانتباه الى تقلص المجال البصرى في المستيريا ، وقد ظهر بعد ذلك أن لدى المستيريين رؤية مركزية جيدة ، ورؤية طرفية مختلة . كما اتضح أيضا أن مرضى الاعياء النفسى Neurasthenia والقلق العصائى والعصاب الصدمى Traumatic Neurosis يتميز المجال البصرى لديهم بعدم الثبات والاجهاد ، كما يبدو المجال أيضا لديهم متقلصا الى حد ما في بداية الفحص وحتى أثناء الفحص (Traquair, 1949) .

### اضطرابات التفكير

يشير التفكير Thinking الى كيفية تنظيم الناس لخبراتهم السابقة واستخدامهم لها مع الادراكات الجارية للتعامل مع المواقف

الحالية ، ويحدث التفكير بين الادراك والاستجابة ، ولهذا السبب يطلق عليه « العملية الوسيطة » *mediating process* ويوضح الطب النفسى ثلاثة أنواع من التفكير : الذاتى *autistic* والتخيلى *imaginative* والعقلانى *rational* أو المفهومى *Conceptual* . ويبدو من هذا التصنيف الزيادة التدريجية فى التفكير العقلانى أو « الاتصال بالواقع » ، كما يبدو أن الحدود بين التفكير الذاتى والتخيلى ، وبين التفكير التخيلى والعقلانى هى حدود تعسفية الى حد ما .

ويشار الى التفكير الذاتى أيضا على أنه تفكير تخيلى أو خيالى *dereistic* وسحرى قبل منطقى ، وهو خيال ذاتى أو غير موجه ، ويشبه أحلام اليقظة .

بينما يقصد بالتفكير العقلانى : التفكير المفهومى أو حل المشكلات أو اختبار الواقع ، وهو ما أشار اليه « فرويد » بأنه العملية الثانوية . وبالإضافة الى هذا الوصف فإن اضطرابات التفكير يمكن النظر اليها كذلك فى ضوء أربعة معالم عامة هى :

محتوى التفكير ، مجرى *stream* التفكير ، شكل *form* التفكير ، حيازة *Possession* التفكير (Fish, 1967) .

### اضطرابات محتوى التفكير

ينظر الى اضطراب محتوى التفكير بصفة عامة على أنه « توهم » *delusion* وقد عرف التوهم بأنه اعتقاد بفكرة أو مجموعة أفكار غير متسقة مع الواقع ، ولا مستندة الى العقل أو المنطق أو الحس الشائع ، أو بعبارة أخرى هو اعتقاد يقام فى مواجهة البرهان الكافى لدحضه فى حالات السواء (Bandura, 1968, P. 336) . ويحدد الاطباء النفسيون خمسة أنواع مختلفة — على الاقل — من التوهمات :

١ — توهمات الاضطهاد *Persecution* : حيث يعتقد الشخص اعتقادا خاطئاً بأن الآخرين يحاولون اذيائه أو تحطيمه بأية طريقة .

٢ - توهمات التلميح Delusions of reference (الإشارة) :  
وفيها يعتقد الشخص اعتقادا غير صحيح بأن الآخرين ينظرون اليه  
أو يتحدثون عنه .

٣ - توهمات العظمة grandeur وفيها يبالغ الشخص في تقدير  
أهميته الشخصية بطريقة غير حقيقية ، معتقدا أنه أكثر أهمية أو تأثيرا  
مما هو عليه بالفعل .

٤ - توهمات البدن Body delusions وفيها يحمل الشخص  
أفكارا غريبة عن جسده ، كأن يعتقد بأن جسده يتعفن ، أو أن جنسه  
يتغير ، أو تنبث من جسده رائحة كريهة ... الخ .

٥ - توهمات التأثير influence وهنا يعتقد الشخص اعتقادا  
خاطئا لا يتسق مع الواقع بأنه تحت تأثير قوى تعمل ضد إرادته .

والافكار الشبيهة بالتوهمات يمكن أن تحدث في كل الاضطرابات  
الذهانية ، ولكنها حينما تصبح راسخة فانها تساعد في تشخيص  
«البارانويا» بوجه عام .

وتكمن المشكلة الرئيسية في تأكيد وجود التوهم في محكات  
«الواقعية» و «الملاءمة» ، فسواء أكان الاعتقاد «ملائما» و «مبررا»  
أم «متسقا مع الواقع» ، فما ذلك الا حكم قيمي ( أحد أحكام القيمة ) .  
فالاعتقادات والافكار أو مجموعات الافكار التي لا تستند لقوة العقل  
والمنطق والحس العام والاقناع أو التفسير العقلاني ، تكون مميزة  
لمجموعتين اجتماعيتين أساسيتين بالإضافة إلى مرضى البارانويا المقيمين  
في المستشفيات : السياسيون الناجحون وبعض أعضاء طوائف العقيدة  
البروتستانتينية الأساسية .

ومن بين هؤلاء السياسيين كل من : بينيت Bennett وجون  
ديفينبكر John Diefenbaker في كندا ، بارى جولدووتر

Barry Goldwater وأيرل لونج Earl Long في الولايات المتحدة ، وهتلر Hitler ونابليون Napoleon في أوروبا، وهؤلاء هم بعض السياسيين الناجحين الذين شخصوا غايبياً على أنهم مرضى فصام بارانويدي ، وكذلك الحال بالنسبة للطوائف المسيحية ، فالعقيدة والسياسة ارتبطا بمعتقدات أثبتت معارضتها لتأثير العقل والمنطق والحس العام ، ويعتمد تشخيص الشخص على أنه بارانويدي أولاً — الى حد كبير — على التقبل الاجتماعي لأفكاره (Szasz, 1966, 1969) . ومن الممكن تشخيص الفصام البارانويدي والشخصية البارانويديّة دون وجود أفكار توهمية . ويعتمد التشخيص في هذه الحال على وجود العناد والتصلب والشك والميل الى اتهام الآخرين بأن لهم أفكاراً أو اتجاهات مستنكرة (Sisler, 1967) و «البارانويا» مثل «الهوسة» مصطلح «ازدراثي» يستخدمه عامة الناس مرادفاً للفظ مجنون Crazy .

### اضطرابات مجرى التفكير

يشير مجرى التفكير الى تتابع الافكار وسرعتها واحدة تلو أخرى . ومن الممكن تحديد خمسة أنواع مختلفة من الاضطراب على هذا البعد: تطاير الأفكار ، خلط الكلام والاسهاب ، كف التفكير أو تأخره ، الداومة أو القصور الذاتي ، اعاقة التفكير (Fish, 1967) .

### تطاير الأفكار Flight of ideas

حينما يظهر الشخص تطايراً في الافكار ، فإننا نجد الافكار تتتابع سريعاً واحدة تلو الأخرى دون اتجاه عام لعملية التفكير ، ويبدو أن الافكار المتتابعة هنا يحكمها عامل الصدفة والارتباطات السطحية وليس النمو المنطقي للأفكار .

ويكون تطاير الافكار مميّزاً لحالة الهوس Mania ، حيث يحدث مرتبطاً بضغط الكلام . ويحدث تطاير الافكار أيضاً في بعض الحالات الوجدانية دون ضغط الكلام (Fish, 1967) .

## خلط الكلام والاسهاب Circumstantiality

وهو مثل تطاير الافكار حيث يتضمن حجما Volume ضخما للكلام، وفي هذه الحالة يتميز الكلام بسرد تفاصيل تافهة وغير ضرورية كثيرة قبل الوصول نهائيا الى النقطة أو الهدف الأساسي للكلام . وتتسم الشخصية الصرعية بهذا الاضطراب ، ولكن توجد درجات بسيطة من هذا الاضطراب لدى الاشخاص من ذوى الذكاء دون المتوسط ، والذين يطاولون أن يتركوا انطباعا حسنا لديك ، وأيضا لدى الشخصية المتعالة أى المظهرة بالعلم المتحذقة Pedantic والوسواسية Obsessional .

## كف التفكير أو تأخره

حينما تكون عملية التفكير بطيئة فان أفكارا وصورا ذهنية قليلة تحدث .

وقد يشكو الشخص من الصعوبة في اتخاذ القرارات ، وعدم القدرة على التركيز ، وفقد الوضوح في التفكير . وهنا يقال انه حدث للتفكير كف Inhibition أو تأخر Retardation . وهذا الاضطراب من الملامح الأساسية للاكتئاب الذى يتسم بالتأخر .

## المداومة أو القصور الذاتى Perseveration

في المداومة تظل الفكرة كامنة في الشعور حتى النقطة التى ترتبط بها وتتعلق ، ومن ثم تمنع التقدم في التفكير ، وهو شبيه بالوسواس . والمداومة عرض شائع في الاصابات العضوية بالمخ ، ويشخص من خلال الاداء على اختبارات الورقة والقلم مثل اختبار البندر جشطلت البصرى الحركى وكذلك اختبار الرورشاخ (Bender, 1938, 1946) .

## اعساق التفكير Blocking

حينما يقال ان التفكير قد توقف ، يكون هناك تجمد مفاجئ في عملية التفكير ، وأحيانا يتبع ذلك البدء في تتابع أفكار جديدة تماما .



ويعد هذا الاضطراب مميزا في تشخيص الفصام ، وكلنا نراه كذلك لدى الأشخاص المهكين والقلقين الذين يمكن أن يفقدوا بسهولة خيط المناقشة أو المحادثة ، ومن ثم يبدو عليهم التوقف .

وقد استفاد من هذه الظاهرة اختبار تداعي الكلمات الذي صممه «يونج» أساسا لدراسة العمليات اللاشعورية (Jung, 1918) .

### اضطرابات شكل التفكير

اضطرابات شكل التفكير هي — أساسا — اضطرابات التفكير الشكلي أو المفهومي أو المجرد ، وتقاس اكلينيكيًا بواسطة الطبيب النفسى الذى يسأل المريض أن يعطيه معانٍ لعدد من الامثال الماثورة أو بواسطة الاخصائى النفسى الذى يطبق اختبارات مقننة . وهذا النوع من التفكير شبيه جدًا بالتفكير العقلانى . ويحتل التفكير العقلانى موقعًا أساسيًا في الطب النفسى وعلم الأمراض النفسية ، كما وضعت على ضوءه تعريفات الأمراض العقلية والاضطرابات النفسية . ( انظر الفصل الاول ) ، كما أنه محك نجاح العلاج العلاج النفسى ( انظر الفصل الثانى عشر ) ، والى هذا الحد نجد أن التفسير التقليدى المفضل لاستمرار فكرة توهمية هو الاختلال الوظيفى لعملية الاستنتاج القائمة على برهان (Maher, 1974) ، وبذلك يكون اختلال هذه العملية متداخلًا في تكوين الاعراض النوعية . وبناء عليه فإنه يمكن النظر الى اضطراب شكل التفكير من خلال فئتين عامتين : الاستدلال الاستقرائى Inductive reasoning والاستدلال الاستنتاجى deductive reasoning وقد أيد « بين » (Payne, 1961) هذه التفرقة ، وافترض أن تتناول بعض اختبارات تكميل الصور الاستدلال الاستقرائى ، في حين تجاهلها الاطباء النفسيون والمتخصصون في الأمراض النفسية ، وأعطوا أهمية لبعدين آخرين : التفكير العيانى في مقابل التفكير المجرد والتضمين أو الشمول Inclusiveness .

### التفكير المجرد في مقابل التفكير العياني Abstract vs. Concrete

يرتبط هذا البعد بدراسات « جولدشتين ، شير » (Goldstein & Scheerer 1941) ، إلا أنهما لسوء الحظ لم يضعا تعريفا واضحا للمصطلحات ( انظر : Payne, 1961 ) . ولكن الاستخدامات التالية للمصطلحات قد أرسيت تعريفا للتفكير المجرد حيث عرفته بأنه : القدرة على عمل فئات للأشياء والاحداث في ضوء خصائص غير موجودة أو قابلة للملاحظة بشكل مباشر . أما التفكير العياني فيعرف بأنه عدم القدرة على تجاوز ما هو واضح أو قابل للملاحظة بشكل مباشر . ويرتبط التفكير المجرد بالذكاء المرتفع ، على حين يرتبط التفكير العياني بكل من : اختلال ثبات الحجم لدى الفصامين (Weukowicz & Blewitt, 1959) والتأخر العقلي والاصابات العضوية بالمخ .

### التفكير التضميني الزائد Over-inclusive thinking

يعد تضمين شيء أو حدث في فئة لا ينتمى إليها هذا الشيء بوضوح مثالا للتفكير التضميني الزائد أو التفكير مفرط الشمول ، والذي هو خاصية مميزة للفصامين .

وعلى الرغم من أنه يصعب أحيانا التمييز بين هذا الاضطراب والتفكير المجرد بدرجة مرتفعة فقد نجد أنه مميز للفصامين (Payne, 1961) .

### زملة كيجرا Capgras Syndrome

من الاضطرابات الطريفة التي تؤكد على كل من صعوبة التفرقة بين التفكير والادراك ، وصعوبة وضع الحدود بين المفاهيم في البحوث التي تناولت اضطراب التفكير كذلك ، الاضطراب الذي وصفه «كيجرا» و «ريبول لاشو» (Capgras, & Reboul-Lachaux, 1923) وهو اضطراب نادر يتمثل عرضه الاساسي في عدم القدرة على تحديد هوية شخص

مألوف ، والذي ينظر اليه بدلا من ذلك كما لو كان بديلا للشخص (انظر : Enoch, 1963) ، وهو عرض شائع لدى مرضى الفصام البارانويدي ، كما وجد أيضا لدى مرضى الفصام الوجداني ، والاضطرابات الوجدانية ، وذوى الاصابات العضوية بالمنع (Merrin & Silberfarb, 1976) .

ويطلق «كجرا» على هذا الاضطراب « خداع الازدواجية أو الثنائية » Illusion of doubles .

وعلى ضوء النموذج الادراكي الذي أشرنا اليه آنفا ( انظر شكل ٤ - ١ ) فاننا نستطيع أن نجد تشابها بين هذا الاضطراب وخداع « مولر - لير » أو كما ذكر «ميرين ، سلبرفارب» (Merrin & Silberfarb, 1976, P. 968 : اننا نستطيع فهم « زملة كجرا » على أنها فشل في ثبات الأشياء عند مستوى عال من التقيد في الوظيفة الادراكية ، ولكن بما أن الاضطراب يداوم ويستمر على الرغم من إمكان حدوث العكس ، ومن أن الفرد لا يكون لديه استبصار Insight بحقيقة كونه يسيء التوحد بشخص مألوف ما لديه ، فانه يعد أيضا مثالا لسوء التوحد Misidentification ، ومن ثم فهو توهم الثنائية ، ومع ذلك فهناك بديل ثالث .

وهناك نوعان مختلفان من المفاهيم : مفاهيم التكافؤ Equivalence ومفاهيم الهوية Identity (Bruner, Goodnow & Austin, 1956) : ويتشكل مفهوم التكافؤ حينما تحدد هوية عدد من الظواهر المختلفة المميزة أو يستجاب لها على أساس أنها متكافئة في بعض الجوانب . وهذا هو جوهر التصنيف ( انظر الفصل الثاني ) ، بينما يتشكل مفهوم الهوية عندما نعد أن الشيء هو نفسه برغم التغيرات في شكل هذا الشيء أو مظهره . ويقترح «كولز» (Coles, 1967) اعتبار « زملة كجرا » على أنها فشل في الاحتفاظ بمفهوم الهوية .

ويشار اليه أحيانا على أنه « اختلال الشعور بالواقع » *Derealization* ، ومن الصعب تحديد ما اذا كان اختلال الانية مثالا للاضطراب الادراكي اللمسى والعضلى ، أو لاضطراب الوجدان أو التفكير . ويعرف اختلال الانية على أنه « خداع ادراكي يتضمن الاحساس بعدم الواقعية وبخاصة ما يتعلق بجسم الشخص ذاته والعمليات العضوية له » (Barrett et al., 1972, P. 588) وهو كذلك « شعور بغربة الذات وعدم الواقعية » (Millon, 1969, P. 583, « أو هو فقد الشعور بالواقع لدى الشخص والآخرين » (Rosen, Fox & Gregory, 1972, P. 475) وهو كذلك « اعتقاد بأن الشخص طرأ عليه تغير عميق يشير أحيانا الى عضو أو جهاز عضوى ، ويشير أحيانا أخرى الى فقد هويته الشخصية » (Kleinmuntz, 1974, P. 555) .

ويرتبط اختلال الانية مباشرة بمفهوم الذات كما بين «وليم جيمس» (James, 1890) ، ويذهب «جيفس» الى أن الذات الكلية تشتمل على جزئين : المعارف والمعروف ، وحينما يفكر الشخص فى شيء ما يكون واعيا دائما بشيئين : نفسه ، وما يفكر فيه . ولم يحظ ما أورده «وليم جيمس» باهتمام الباحثين والقراء العام (Ambrosino, 1976) برغم طرافته وأهميته بالنسبة للمهتمين بالتفكير ، والمعالجين ( انظر الفصلين العاشر ، والثانى عشر ) ، وبوجه خاص للمختصين فى علم الظواهر .

وباعتبار اختلال الانية اضطرابا فى التفكير ، فاننا نجد لها شبيهة شها كبيرا « بزملة كجرا » واضطرابات حيازة التفكير ، الا أنه من الافضل تصنيفها بوصفها اضطرابا فى محتوى التفكير .

## اضطرابات حيازة التفكير Possession of thought

لا يستطيع الشخص في الظروف السوية أن يتقبل فكرة أن أفكاره ليست ملكه أو أنه غير متحكم في تفكيره ، وهذا هو اضطراب حيازة التفكير ، ولكن هناك بعض الظروف السيكياترية — وبالذات الوسواس وسحب الأفكار التي تكون فيها هذه الاعراض هي السائدة .

### الوسواس Obsession

الوسواس هو عدم القدرة على التخلص من محتوى شعورى يمكن تقدير الشخص فيه على أنه إما أحق أو أنه يستمر في سلوك دون سبب (Schneider, 1925) . والوسواس عرض مميز لاضطراب الوسواس القهري Obsessive-compulsive disorder ، ولكنها قد تحدث أيضا في بعض الظروف العصابية مثل : حالات القلق والمخاوف المرضية والاكئاب وأحيانا في الحالات العضوية .

### سحب التفكير Thought alienation

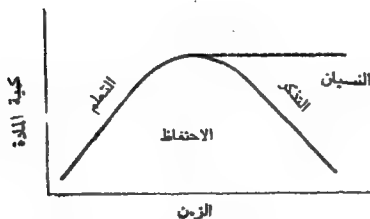
حينما يشعر الفرد بأن أفكاره تحت تأثير قوى خارجية أو أن الآخرين يشاركونه تفكيره ، فهو هنا انما يظهر أعراض سحب التفكير، ومرة أخرى فان هذا الاضطراب المعرفي يكون مميزا تشخيصيا لمرضى الفصام . وكما في حالة اختلال الانية ، فان الجدل يثور حول ما اذا كانت الوسواس وسحب التفكير ، يجب أن نعدهما اضطرابات في حيازة الافكار ، أو هي اعتقاد توهمي لنقص حيازة التفكير ، ومن ثم تعد في هذه الحالة اضطرابا في محتوى التفكير .

### اضطرابات الذاكرة

الذاكرة Memory هي عملية استدعاء أو اعادة انتاج للمعرفة المكتسبة والافكار والادراكات السابقة ، وتعد اضطرابات الذاكرة من أكثر الشكاوى النفسية شيوعا (Williams, 1968) .

ويصاحب اضطرابات الذاكرة عديد من الامراض النفسية والجسمية : لدى المرضى الذين شفوا من العمليات الجراحية (Zwerling et al, 1955) ، والعلاج بالصدمات الكهربائية ( انظر الفصل الحادى عشر ) ، وادمان الكحوليات (Goodwin et al, 1969 a, b, c) واصابات الرأس الناتجة عن الصدمات (Teuber et al, 1968) كما تحدث أيضا لدى كبار السن حتى من هم فى صحة جيدة (Westropp & Williams, 1960) .

وهناك اتفاق عام على أن الفص الصدغى يتدخل فى عملية الذاكرة ويؤثر فيها (Whitty & Zangwill, 1966, Milner, 1968) الا أن الذاكرة ليست عملية واحدة ، فهناك جوانب مختلفة من الذاكرة يلحق بها الاضطراب فى ظل ظروف اكلينيكية مختلفة (Williams: 1968) ومن الممكن فى الحقيقة تحديد سبع مراحل تشكل معا أربع عمليات مختلفة للذاكرة : التعلم Learning ، الاحتفاظ Retention النسيان Forgetting ، ثم الاستدعاء Recall ; (Welford, 1961 ; Hunter, 1967)



شكل ( ٤ - ٤ ) : رسم توضيحي للعمليات النفسية المتضمنة فى الذاكرة  
وتتصل هذه المراحل كما يلى :

الادراك والفهم :

(١) الادراك والفهم للمادة المطلوب تذكرها .

التعلم والاحتفاظ

(٢) آلية (ميكانيزم) التخزين قصير المدى Short-term storage .

(٣) تكوين الاثر القوي Durable trace .

(٤) تثبيت consolidation الاثر .

التعرف Recognition والاستدعاء Recall

(٥) التعرف الى أشياء نحتاج الى تذكرها .

(٦) عزل الموضوعات المرتبطة بالذاكرة .

(٧) استخدام المادة المتذكّرة .

ومن الملاحظ أن اضطراب الذاكرة يبدو في فشل الشخص في استخدام المادة التي سبق تعرضه لها في الموقف الحاضر ، ولكن قد يرجع السبب في هذا الفشل الى اضطراب في أى مرحلة من المراحل السبع المشار إليها .

### اضطرابات الادراك والفهم

في معرض حديثنا عن الذاكرة ، فاننا نجد أن اضطرابات الادراك والفهم مرتبطة بفهم المدرك أكثر من ارتباطها بتكوينه . وترتبط هذه الاضطرابات — بوجه خاص — بفئتين تشخيصيتين : التأخر العقلي وحالة القلق .

### التأخر العقلي Mental retardation

يعرف التأخر العقلي بأنه ما دون المتوسط في الوظيفة العقلية العامة (Heber, 1950, Grossman, 1973, 1977) . أما الذكاء فلا يوجد له تعريف مقبول بصفة عامة على الرغم من أنه من أكثر المفاهيم السيكولوجية التي استخدمت على نطاق بحثي واسع . وقد تراوحت تعاريف الذكاء : من القدرة على تحديد العلاقات بين الأشياء أو الافكار ، الى القدرة على استخدام ما تم تعلمه أو فهمه ، الى تعدد

صور التوافق • وبناء على ذلك فقد ثار جدال حول ما اذا كان الفشل في الفهم هو عرض Symptom لانخفاض الذكاء أم هو مرادف للذكاء المنخفض • ولكن يبدو أن الذكاء — في كل الاحوال — وثيق الصلة بالتفكير العقلاني •

### حالة القلق Anxiety state

يؤدي الانشغال القلق بفكرة ما الى التأثير في قدرة الشخص على الانتباه لفكرة أخرى أو تعلمها ، وعلى سبيل المثال : فان قلق طلبية المدارس العليا والجامعات من اجتياز الامتحان يجعلهم غالباً يواجهون صعوبة في التعلم ، لأنهم يملون منشغلين بعملية التعلم على حساب المادة المفروض تعلمها • ونستطيع ملاحظة ظاهرة شبيهة لدى الأشخاص الذين يعانون من قلق اكلينيكي مرتفع ، وذلك في محاولاتهم للتوافق مع العالم الواقعي •

### اضطرابات التعلم والاحتفاظ

ينظر الى التعلم والاحتفاظ على أنهما تكوين للآثر القوى وتثبيت لهذا الآثر • وتتسبب اضطرابات الذاكرة عند هذه المراحل ، بحيث ينتج عنها بعض الاعراض المرتبطة باختلال قدرات التعلم المصاحبة للحالات العصبية النفسية وفقدان الذاكرة اللاحق Anterograde amnesia وفقدان الذاكرة السابق Retrograde amnesia والكحوليات والشيخوخة Senility •

### اختلال قدرة التعلم لاسباب عصبية نفسية

يعد الاختفاق في التحصيل الدراسي ومواجهة صعوبات في الدراسة الأكاديمية السبب الشائع والوحيد للتحويل الى الطبيب النفسي للأطفال • ولا توجد احصاءات دقيقة متاحة في هذا الصدد ، الا أن



التقدير التقريبي أن ٧٥٪ من أطفال المدارس الابتدائية يحولون الى طبيب نفسى نتيجة لصعوبات فى التعلم فى اطار الفصل الدراسى .

وتتراوح الاسباب المحتملة لصعوبة التعلم المدرسى بين : عدم وجود فرصة تعلم ملائمة بسبب الغياب ، الى الاضطرابات الانفعالية مثل حالات القلق ، الى الظل العضوى *Organic impairment* وقد يشمل الظل العضوى حواس نوعية مثل السمع والبصر ، أو قد يكون أكثر عمومية فيتضمن عضو الاستقبال الفرعى كما فى قصر النظر أو الصمم ، وقد يكون الظل العضوى أيضا فى التراكيب المخية المركزية، وقد ظهر مفهوم اختلال قدرة التعلم لأسباب عصبية نفسية *Psychoneurological learning disability* ، فيفترض وجود خلل فى التراكيب المخية المركزية .

ولهذا المفهوم أصل تاريخى من خلال ملاحظة بعض الاطفال الذين يتصرفون كما لو كان لديهم اصابة مفية ، على الرغم من عدم وجود أدلة عصبية على هذه الاصابة ، ويتسم هؤلاء الاطفال بالنشاط الزائد والاندفاعية ، كما يعانون من تقلبات مزاجية مفاجئة ومن سوررات (نوبات) غضب حادة ، كذلك فان لديهم ضيقا فى سعة الانتباه ، مع صعوبة فى التعامل بالمفاهيم المجردة ويميلون الى المداومة الطويلة فى أداء ما يقومون بأدائه دون موجب لذلك . ولقد استخدمت بعض العبارات لوصف هؤلاء الاطفال مثل « الاندفاع العنيف لأسباب عضوية » (Kahn & cohen, 1934) ، و « الأقرب الى الحد الأدنى » (الأرضية) . والتشخيص المستخدم هنا هو « اصابة مخية فى أدنى درجاتها » (Paine, 1962) .

ويعنى هذا التشخيص أن هناك اصابة فى المخ ولكنها بسيطة بحيث لا تستطيع الاختبارات العصبية المستخدمة حاليا اكتشافها ، وردا على هذا البرهان فان التشخيص يتغير الى « اختلال وظيفى مخى

في حدوده الدنيا » ، تسليميا بأن المخ ربما كان غير مصاب بالفعل ولكن ما تزال توجد مسبباتا في الأعصاب تجعله لا يقوم بوظائفه على خير وجه (Bax & Mackeith, 1963 ; Clements, 1966 ; Gross & Wilson, 1974) وأضاف الاطباء النفسيون تعديلا آخر ، اذ قدموا وصفا دقيقا يعبر عن مصطلح « زملة زيادة الحركة » Hyperkinetic Syndrome. (Laufer & Denhoff, 1957 ; Laufer, Denhoff & Solomons, 1957 ; Rosenthal & Allen, 1978) في حين صاغ الترمويون عبارة « اختلال قدرة التعلم لأسباب عصبية نفسية » (Johnson & Myklebust, 1967) .

وقم تعريف « اختلال قدرة التعلم لأسباب عصبية نفسية » — على سبيل التعريف الجامع وليس المانع — بأنه اختلال يحدث في وجود الدرجة المناسبة من السمع والبصر والذكاء والتوافق الانفعالي والقدرة الحركية (Ibid) .

## فقدان الذاكرة اللاحق

ويعرف أيضا بفقدان الذاكرة اللاحق للصدمة Post-traumatic (أو بعد الصدمة) ، ويشير فقدان الذاكرة اللاحق الى الفشل في تذكر الاحداث المباشرة التالية لاصابة الرأس ، حتى لو ظهر على المريض الوعي الكامل بكل الاحداث التي حدثت في هذا الوقت . وكثيرا ما تشير تقارير الرياضيين — وبخاصة لاعبو كرة القدم والملاكمون — الى أنهم يعودون الى المباراة بعد ضربة رأس ولكنهم يكونون غير قادرين على تذكر ما بعد الحادثة مباشرة . ففقدان الذاكرة اللاحق يمثل فشلا في أي من تكوين ال اثر القوى أو تثبيته ، وقد اتضح أن دوام فقد الذاكرة يتناسب بشكل مباشر مع شدة اصابة الرأس .

## فقدان الذاكرة السابق

يستخدم مصطلح فقدان الذاكرة السابق ليشير الى عدم القدرة على تذكر المادة التي كان من الممكن تذكرها قبل الحالة المرضية . ويرتبط فقدان الذاكرة السابق ببعض الظروف العضوية ، حيث تغطي الذكريات المفقودة عددا من السنوات السابقة لبداية الاضطراب ، وقد يكون هذا الفقد متدرجا ، وينظر الى هذا الاضطراب على أنه راجع الى تدهور في آثار الذاكرة التي تكونت فيما مضى .

## Alcoholic blackout فقدان الذاكرة بسبب ادمان الكحول

ترتبط كثير من أنواع اضطراب الذاكرة بالاستخدام المفرط للكحول ، وتتراوح أشكال هذا الاضطراب من الخلل في تذكر الاحداث أثناء الشرب ( انظر : Overton, 1972 ) الى فقدان الذاكرة الشديد المصحوب بالتلفيق confabulation ، وهو خاصية تميز ذهان كرساكوف Korsakoff Psychosis ( انظر : Talland, 1965 ) .

ومن أشكال هذا الاضطراب أيضا فقدان الكلى للذاكرة الذي قد يصاحب التسمم الشديد ، وهو ما يطلق عليه « فقدان الذاكرة لأسباب كحولية » ( Goodwin et al., 1969, a, b ) وقد افترض أن ذلك يرجع الى تعطيل تثبيت الاثر ( Tamerin et al., 1971 ) .

## Senile dementia منه الشيخوخة

يصف الدليل التشخيصي والاحصائي الثاني DSM-II الصادر عن رابطة الطب النفسي الامريكية ، الاعراض الاساسية للشيخوخة كالآتي : « التركز حول الذات ، صعوبة تمثل الخبرات الجديدة ، انفعالات طفولية » . وكثيرا ما ترتبط بهذا الاضطراب أنواع أخرى من السلوك مثل : انخفاض اليقظة ، عدم تحمل تغيير الروتين ، خلل

الذاكرة المتعلق بالأحداث القريبة ، الانشغال بوظائف الجسم مثل الأكل والافراز .

وتؤكد بعض النظريات على الدور الاجتماعى والدافعية لدى المسنين ، ويتضمن ذلك تفسيراً مهماً مؤداه أن الصعوبة في تذكر الخبرات الجديدة وظل الذاكرة للأحداث القريبة يرجع الى قلة الانتباه . ( انظر : Gallinek, 1948; Raskin & Ehrenber, 1956, Gal; 1959 ) .  
ولكن وجهة النظر التقليدية لعتة الشيخوخة والمأخوذة عن «كريبلين» Kraepelin تؤكد على أن ظل الذاكرة الملاحظ يرجع الى انحلال مخي Cerebral degeneration يمنع تكوين الأثر القوى للذاكرة أو تثبيتته .

### اضطرابات التعرف والاستدعاء

حين نقدر أهمية الحاجة الى استدعاء مادة معينة ، أو عزل أثر له علاقة بموضوع ما ، أو استخدام المواد المستدعاة في المواقف الجديدة ، كل ذلك يشير بصفة عامة الى التعرف والاستدعاء ، وهما مراحل لعملية الذاكرة لقيت اهتماماً من قبل المطلقين النفسيين .

### فقدان الذاكرة اللاحق Retroactive

هناك تفرقة بين فقدان الذاكرة اللاحق والسابق (انظر ما سبق) . ويشير فقدان الذاكرة اللاحق الى فقدان الذاكرة للأحداث المباشرة التالية لاصابة الرأس ، وقد يرجع ذلك الى الفشل في تثبيت أثر الذاكرة ، ومن ثم نكون هنا أمام اضطراب في التعلم والاحتفاظ . الا أن جليسي (Gillespie, 1937) يقرر أن التويم الايجائى Hypnosis أو الحقن الوريدي بالباربيتوريت Barbiturates ( نوع من المهدئات ) يعيد عدداً كبيراً من الذكريات المتعلقة بالأحداث التي تمت بعد الاصابة . فإذا

كان هذا التقرير صادقا فان ذلك يشير بوضوح الى حدوث تثبيت للآثر ، ويكون فقدان الذاكرة اللاحق هو اضطراب في الاستدعاء .

## الكبت

يعرف فرويد الكبت **Repression** بأنه آلية (ميكانيزم) يرفض الدوافع والأفكار من الشعور ويحتفظ بها في اللاشعور ، كالأفكار التي ترتبط في مرحلة الطفولة بالدوافع الجنسية والعنصرية ، والتي يمكن أن تستثير القلق اذا لم يعترف بها في الشعور ، وعلى أى حال فلا يوجد اتفاق بين الممثلين النفسيين على ما هو المكبوت بشكل دقيق ، ومن أين تأتي المادة المكبوتة أصلا .

وقد عبر «فرويد» نفسه عن الكبت بأفكار مختلفة ، وقد سببت نقلاته النظرية خطأ ، اذ استخدم الكلمة ليصف منع الفكرة من بلوغ الشعور ، واستخدمها أيضا لطرد الأفكار الشعورية . والاستخدام الاخير هو الاكثر شيوعا الآن ويطلق عليه « الكبت الحق » . ويعد استخدام مفهوم الكبت خاصية للهيستيريا .

## أثر زيغارنيك

يشير أثر زيغارنيك (Zeigarnick, 1927) الى أن ذاكرة المهام غير المكتملة أفضل من ذاكرة المهام المكتملة ، ويمكن أن يتأثر أثر زيغارنيك ببعض متغيرات الشخصية مثل : انشغال الأنا والحاجة الى التحصيل (Atkinson, 1963) .

## التفكك

التفكك **Dissociation** هو انفصال أو انشطار لجزء كامل من الشخصية بحيث لا يكون هناك مواصلة للشعور الواعى . والتفكك مثال للكبت ، كما يعبر عن الانفصال العقلى اليومي الذى يسمح للناس

أن يقولوا أشياء متناقضة ويفعلوها ، وأيضا الاحوال السيكياترية  
للشخصية المتعددة وحالة الشرود .

### حالة الشرود

تتألف حالة الشرود Fugue State من سلوك شاذ مؤقت ،  
يتميز بتجوال غير هادف ، مع تغير ملحوظ — قليل أو كثير — في  
الشعور ، يتبعه عادة وليس بالضرورة — فقدان الذاكرة (Stengel,  
1941, 1943)

ويشبه الشرود الصرع النفسي الحركي Psychomotor epilepsy ،  
ففى الصرع النفسي الحركة يفقد المريض الشعور حيث  
يؤدى سلوكا منظما وهو فى حالة لا شعورية ، ويكون هذا  
السلوك فى العادة مهام روتينية ، ولكن قد يكون مهاما مضادة  
للمجتمع أو غير معتادة ، أو قد تكون فعلا عنيفا ، ويقال ان «فان جوخ»  
Van Gogh قد قطع أذنه أثناء نوبة صرع نفسى حركى . ومع ذلك،  
وعلى نقيض نوبة الصرع النفسى الحركى ، حيث يكون السلوك فعلا  
منقطعا ، نجد المريض فى حالة شرود حقيقى يترك فجأة نشاطه السابق،  
ويذهب فى رحلة ليس لها علاقة واضحة بما كان يفعله . وفى أثناء حالة  
الشرود نجده يتذكر بعض الاشياء مثل الطريق الى محطة القطار  
وقيادة السيارة ، ولكنه ينسى أشياء — من المفروض أنه تعلمها جيدا —  
مثل اسمه وتحقيق شخصيته .

وتفسر حالة الشرود تفسيرا سيكياتريا شائعا على ضوء الكتب  
والتفكك ، ولكن لأن هذه المفاهيم لا تجد قبولا عاما خارج مدرسة التجليل  
النفسى ، ولأن عددا قليلا من الناس هم الذين فحصوا فعلا أثناء حالة  
الشرود (Berrington et al., 1956) ، فقد قدم تفسير بديل على  
ضوء التمارض Malingering . فعلى سبيل المثال يسرد «فش»  
(Fish 1967, P. 59) قصة « أنسل بورن » Ansel Bourne

الذى اختفى من منزله ليظهر بعد شهرين في مدينة تبعد مائتى ميل ، وبملاحظة أن آخر شيء قام به «بورن» قبل اختفائه هو سحب مبلغ كبير من البنك ، فهذا يجعلنا نرجح أن فقد الذاكرة وافترض هوية جديدة هي أفضل طريقة لتغطية قصة رجل تعتمد الهرب من بعض المشكلات التى حلت نفسها خلال شهرين أثناء إبعاده . وربما نجد أن إحدى مدرسات مدرسة الأحد قد أجهضت في المدة ذاتها .

وقدم « برنجتون ، ليدل ، فولدرز » (Berrington, Liddell & Foulds, 1956) تفسيراً ، هو بمثابة حل وسط يجمع كل ملامح التفسيرات الأخرى : البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية ، فقد افترضوا أن الشخص ذا الطابع الخاضع في الشخصية ، والذي أطلقوا عليه « الشخصية الهستيرية – السيكيوباتية » والذي يكون له تاريخ من فقدان ذاكرة ناتج عن ارتجاج *Concussion* المخ ، أو فقدان ذاكرة نتيجة أسباب كحولية ، هذا الشخص سوف يستخدم فقدان الذاكرة المحدث عضوياً كنموذج دفاعى ضد تطور الاكتئاب لديه والذي ينتج من صراع شديد .

### ملخص وخاتمة

نتناول هذا الفصل المعلومات المتاحة المتعلقة بالتنوع الواسع للاضطرابات المعرفية ، فألقى الضوء على الارتباط بين الاضطرابات المعرفية والأمراض الذهانية وبخاصة الفصام واصابات المخ العضوية ، وقد ركز أيضاً على صعوبة الفصل بين العمليات المعرفية المختلفة ، وقدمت تعريفات عملية دقيقة لهذه العمليات .

ويجب النظر الى المشكلات الخاصة بتصنيف العمليات المعرفية المختلفة من خلال سياق تاريخي ، فمفهوم «المعرفة» أو « العمليات المعرفية » يرتبط بأصول علم النفس بوصفه نظاماً أكاديمياً ، فحينما

أسس «فونت» Wundt معمله السيكولوجى بجامعة لايبزج Leipzig عام ١٨٧٩ ، تقبل مناهج الفيزياء والكيمياء فى التحليل التجريبي للشعور ، وكانت النتيجة التأكيد على العمليات الادراكية الحسية وأعمال الجوانب الاخرى للشعور .

وقد تكون مسألة ايجاد تعريفات عملية دقيقة للعمليات المعرفية المختلفة مسألة صعبة ، لأن الاتجاه التجزيئى التحليلى فى دراسة هذه الظواهر له قيمته التوجيهية فقط . وبدلا من ذلك فان المفاهيم الميكولوجية تحتاج تنقيحا لتتماشى مع الواقع الفيزيولوجى . وعموما فهناك كم ضخم من المعلومات المتجمعة برغم هذه التعريفات الحديثة غير الدقيقة .



## الفصل الخامس

### الاضطرابات الانفعالية

يستخدم مصطلح « العمليات الوجدانية » *Appetitive systems* بشكل شائع للإشارة إلى المشاعر والحالات النفسية والانفعالات والأمزجة ، وهي بالضرورة ما أشار إليه «أرسطو» قديما ، ثم «كلفتريل» مؤخرا (Cantrell 1967 ; Cantrell & Livingstone, 1963) بالأنظمة الشهوية *Affective processes* . وقد خضعت هذه العمليات لتعريفات عديدة ، تراوحت بين تعريفها بمضمون الوعي أو الشعور ، إلى تعريفها بردود الفعل الفيزيولوجية ، أو تعريفها بخصائص الشخصية ، تلك التي يمكن استنتاجها من ثبات الاستجابات السلوكية عبر الاوضاع والمواقف المختلفة . وقد درج بعض الكتاب على استخدام مصطلحين أو أكثر من تلك المصطلحات المشار إليها أعلاه بشكل مترادف بحيث يفيد الواحد منها ما يفيده الآخر (Buss, 1966) ، على حين يضعها كتاب آخرون في ترتيب تسلسلي هرمي يستخدم فيه مصطلح «الوجدان» *Affect* على أنه مصطلح عام ، بينما يستخدم كل من مصطلحي « المشاعر » *feelings* والحالات النفسية *moods* « على أنهما تركيبات ذات مستوى متوسط بين المزاج والانفعال *Emotion* (Becker, 1974) .

كذلك فقد خضعت العمليات الوجدانية بشكل تقليدي للمقابلة أو المغايرة بينها وبين العمليات المعرفية — التي تحدثنا عنها في الفصل الرابع — بغية اظهار الفروق بينهما . فقد قامت الفلسفة الهندية القديمة على سبيل المثال بالتفريق بين الحب *love* والفكر *thought* في حين قامت الفلسفة الاغريقية التقليدية بالمقابلة والمغايرة بين الحالة النفسية *mood* والفكر أو العقل *intellect* (Reymert, 1950) .

ومن يتأمل الاستخدام العادى فسوف يجده يعكس مغايرات مشابهة ، بحيث يربط غالبا بين العمليات المعرفية والسلوك المنطقى المعقول من جهة ، كما يربط بين العمليات الوجدانية والسلوك غير المنطقى من جهة أخرى . فقد حاول «بيترز» (Peters, 1960) — مثلا — البرهنة على أن الانفعالات استجابات لا ارادية ، وبالتالي فإنه لا بد من التمييز بينها وبين السلوك الاجتماعى العادى . ومن هنا — وكما ذكر فى الفصل الاول من هذا الكتاب — فإن الاضطراب الانفعالى Emotional disturbance يعد مصطلحا شائعا للتعبير بأسلوب رقيق عن المرض العقلى . ولكن برغم التاريخ الطويل والاستخدام الواسع لمهذين المفهومين فإنه من الصعب أن نجد للعمليات الوجدانية تعريفا لا يتضمن بطريقة ما العمليات المعرفية ، اذ يرتبط التفكير والشعور بعضهما ببعض ارتباطا وثيقا كما سبق أن أشرنا الى ذلك فى الفصل الرابع ، وأنه قد تلوحظ ارتباط التفكير بالادراك . ويناء عليه فإنه من الواجب أن نوجه اهتمامنا فى البداية الى تعريف تلك العمليات الوجدانية .

### الانفعال بوصفه خبرة ذاتية

لقد اعتقد «فرويد» (Freud, 1915 a) أن جوهر انفعال ما يكمن فى أنه ينبغى للفرد أن يكون واعيا به مدركا له ، وأنه ينبغى لهذا الانفعال أن يكون جزءا من وعيه أو مضمونا لذلك الوعى . وقد جاء هذا الاعتقاد منسجما مع وجهة النظر السائدة فى ذلك الوقت ، والتي أكدت على الشعور أو الوعى والخبرة الواعية بصفتهما الموضوع الاساسى لعلم النفس .

لقد كانت طريقة علماء النفس الأوائل طريقة تحليلية اخترالية ، وكان التفريق بين المشاعر (الوجدانات) والاحساسات (المعارف) نتيجة لتلك الطريقة . ولكنهم لم يتوقفوا عند هذا الحد ، اذ اهتموا باثبات البيانات الاساسية للخبرة الذاتية والبرهنة عليها، متأثرين — دون شك —

في ذلك بالعلماء المتخصصين في العلوم الطبيعية في بحثهم عن العناصر المختلفة • لقد تصور علماء النفس الأوائل الاحساسات وكأنها عناصر ، ولكنهم لم يكونوا واثقين مما اذا كانت المشاعر مركبة من الاحاسيس أو أنها كانت عنصرا أساسيا آخر من عناصر الخبرة . (Arnold, 1961)

ولقد تحولت دفة النزاع الذي دار مؤخرا حول العناصر الأساسية للخبرة الى الفيزيولوجيا للحصول على اجاباته المتعلقة بهذا الموضوع ( انظر أدناه : نظريات جيمس — لانج ، كانون — بارد ) ، في حين ظهر ادراك المشاعر وتصورها بصفتها ظاهرة تجريبية اختبارية (يعيشها الفرد ويعانيها) في أعمال « بيبي — سنتر » (Beebe Center, 1932) في بحوثه المتعلقة بالسرور والكدر ، وفي أعمال « بـ.ت يونج » (P.T. Young, 1936, 1952, 1955) المتعلقة بالتنبه الوجداني Affective arousal ، بالإضافة الى ظهوره في كتابات الوجوديين •

## السرور والكدر

قام «فنت» (Wundt, 1896) بتقديم اقتراح يقضى بإمكانية وصف المشاعر الانسانية على ضوء أبعاد ثلاثة هي :

Pleasantness-unpleasantness	السرور والكدر
Excitement-quiescence	التهيج والسكون
Strain-relaxation	التوتر والاسترخاء

ثم قام تيتشنر (Titchener, 1921) فيما بعد باختصار هذه الابعاد الثلاثة الى بعد مفرد هو « السرور والكدر » ، والذي وصفه « بيبي سنتر » (Beebe-Center, 1932) بصفته البطانة الوجدانية أو الصبغة اللذبية Hedonic tone • وقد اتخذ «يونج» (Young, 1952, 1955, 1959; 1961) مدخلا موضوعيا في دراسته للطابع المتعمى أو الصبغة اللذبية ، والتي عاد منها الى نموذج الابعاد الثلاثة للوجدان ،

حيث عرف المتصل المتعى Hedonic continuum من حيث كونه سلوكا  
اقداميا احكاميا . كما أضاف الى ذلك بعدى الشدة Intensity والدوام  
Duration . وقد تأثر «ماكيلاند» (McClelland, 1951, 1953, 1955)  
بتجارب «يونج» في تطويره لنظرية هدية Hedonistic في الدافعية  
( انظر الفصل العاشر ) . وعلى كل حال ، فقد انتقد «بيترز» (Peters,  
1960, p. 143) هذا المدخل حيث أشار الى أن :

« تذوق السكر يجلب السرور — وهو شعور ايجابي ومتمركز  
غالبًا ، كما يمكث لفترة معينة — وبالتالي فإنه ليس من  
الافراط في شيء أن نسلم بالحالات أو العمليات المتعة .  
ولكن هل من المعقول أن نحلل ما يحدث فيما يتعلق بالطعم  
الحلو الذى يؤدي الى شعور من السرور متميز ومستقل ،  
أو الى حالة من الاستثارة الانفعالية ؟ ان الطعم الحلو أمر  
سار ، ولكن ذلك لا يعنى وجود شيئين : الطعم الحلو  
والسرور » .

ان اللذة — والكدر بعد أو خصيصة لخبرة انفعالية ذاتية ، ولكنه  
ليس تلك الخبرة ذاتها .

وقد ذكرت رابطة انطب النفسى الامريكية (APA, 1980, p. 205)  
أن الخاصية الجوهرية التى تميز الاضطرابات الوجدانية — بصفتها  
وحدة تشخيصية — تتمثل في تعكر الحالة النفسية أو اضطرابها ، وهى  
تتحدد في قالب أو نمط يذكر بالسرور أو الكدر بصفته « انفعالا  
ممتدا يضى على الحياة النفسية بأسرها لونا من الألوان ، كما يتضمن  
عموما اكتئابا أو ابتهاجا » .

وقد أعيدت نظرية الأبعاد الثلاثية الى الأذهان ، وعاد اليها النشاط  
في السبعينيات من هذا القرن . فقد افترض « راسيل ، مهربيان »

(Russell & Mehrabian, 1977) أن هناك أبعادا ثلاثة مستقلة ، كل منها ثنائى القطب Bipolar ، وهى تعد ضرورية وكافية لتعريف الحالات الانفعالية . وقد تمثلت الأبعاد الثلاثة التى استخدمها هذان الباحثان فى : اللذة - الكدر ، ودرجة التنبه ، والسيطرة/الخضوع ، وقد عداها مشابهة لمجموعة الأبعاد الفارقة للمعنى التى وضعها «أزجود» (Osgood, 1952 ; Osgood, Suci & Tannenbaum, 1957) وهى أبعاد: التقييم والنشاط والفعالية . ولكن كلا المجموعتين من الأبعاد مشابهان لمجالات علم النفس ، وعلم الأحياء وعلم الاجتماع ، وعند القيام بأية محاولة لتحديد الأبعاد الأساسية للسلوك الإنسانى فإن هذه الأبعاد الثلاثة تظهر - بشكل متسق - فى صورة أو أخرى . وتعد مفاهيم «فرويد» الثلاثة : الإنا ، والهو ، والإنا الأعلى - والتى سبق ذكرها فى التمهيد لهذا القسم - أفضل مثال لذلك على الأرجح .

وعقب الهجوم الذى شنّه «واطسون» (Watson, 1913, 1914) ضد الاستبطان والمذهب العقلى فقد أصبح هذا البعد محددا ومعرفا بطريقة إجرائية ، كما أصبح بمثابة المركز الذى تركز حوله قانون الأثر Law of effect الذى وضعه «ثورندايك» (Thorndike, 1918) بالإضافة الى اتخاذها أساسا لطريقة العلاج السلوكية الرئيسية ( انظر الفصل الثالث عشر) .

### الأساس البيولوجى للوجدان

إذا نظرنا الى الخبرة بصفتها « خبرة ذاتية » فإننا نجد أنه لا يمكن لأحد معرفة الحالة الوجدانية التى يعيشها فرد من الأفراد إلا إذا قدم تفسيراً لفظياً لتلك الخبرة التى يمر بها ويعانيها ، أو إذا أمكن التعرف الى ما يرتبط بتلك الخبرة من متعلقات فيزيولوجية أو سلوكية ( انظر مثلا : Krause, 1961 ; Krause, Galinsky & Weiner, 1961 ; Martin 1961)

وفق الحقيقة ، لقد تم ادراك العمليات الوجدانية بصفتها مظهرا  
للأداء أو العمل البيولوجي . فعلماء مثل « ويليام جيمس » (James,  
1890) و « ماكجوجل » (McDougall, 1908) و « فرويد »  
(Freud, 1915 a) عرفوا الوجدان جميعا بصفته تعبيرا ذاتيا مدركا  
بشكل واع عن العملية الفيزيولوجية أو الغريزية الكامنة .

### نظرية جيمس — لانج James-Lange Theory

ابتداء من «ديكارت» وانتهاء «بداروين» فلقد افترض حدوث  
الخبرة الانفعالية الذاتية بشكل سابق للتغيرات الفيزيولوجية المرتبطة  
بها ، بحيث كانت محددا لتلك التغيرات وعاملا مقرا لها . ولقد أوحى  
نظرية « جيمس — لانج » بما يفيد نقيض هذا الافتراض ، حيث وجهت  
الأنظار الى اعتماد علم النفس عن دراسة الخبرة الذاتية واتجاهه الى  
الاهتمام بدراسة التغيرات الفيزيولوجية .

أما بالنسبة «لويليام جيمس» (James, 1890) فقد اعتقد بأن  
الخبرة الانفعالية الذاتية تتألف من وعى الفرد وإدراكه للتغيرات  
الفيزيولوجية المختلفة التي تحدث أثناء فترة من التهيج أو الاستثارة  
الانفعالية . ولكنه لم يستطع أن يتصور انفصال الانفعال عن ادراك  
مثل هذه التغيرات أو الوعي بها . ولقد تصور «لانج» (Lange, 1885,  
1887) بالضرورة المفهوم ذاته الذي تصوره «جيمس» ، مع فارق  
بينهما وهو أن «جيمس» ذكر العضلات والأحشاء ، بينما ذكر «لانج»  
فقط جهاز الدورة الدموية .

### نظرية كانون — بارد Cannon-Bard thalamic theory

لم تصادف نظرية «جيمس — لانج» قبولا لدى «كانون» الذي  
انتقدها من نقاط عدة مقترحا ما يلي :

(١) أن انفصال الأحشاء عن الجهاز العصبي المركزي انفضالا جراحيا لا يغير السلوك الانفعالي .

(٢) أن التغيرات الحشوية ذاتها تحدث في حالات انفعالية مختلفة جدا أو حالات غير انفعالية .

(٣) أن الأحشاء أبنية غير حساسة نسبيا .

(٤) ببطء التغيرات الحشوية بشكل شديد بحيث لا يمكنها أن تكون مصدرا للشعور الانفعالي .

(٥) أن الأحداث أو الحث الصناعي للتغيرات الحشوية المصاحبة لانفعال قوى لا يؤدي إلى إعادة إصدار هذه الانفعالات وحدوثها .

ومهما يكن من أمر فإن كثيرا من انتقادات «كانون» لم تكن مناسبة أو ملائمة . ولقد أشار «جيمس» (James, 1890, p. 450) إلى صعوبة أحداث استجابة انفعالية بشكل صناعي متكلف . وفضلا عن ذلك فإنه لم يقل باعتماد السلوك الانفعالي على الأحاسيس الصادرة من الأعضاء والأحشاء . أن الذي رفضه «جيمس» هو الوعي الذي يتدخل بين المنبه والاستجابة . ومن هنا فإن البرهنة على عدم ضرورة المراكز العليا للحاء Cortex لأحداث الاستجابة إنما يبرز عن على تأكيد موقفه من تلك القضية (Hebb, 1949) .

وبرغم ذلك فإن «كانون» (Cannon, 1927) مضى إلى الكشف عن نظريته الخاصة التي ذكرت أن النوعية الفريدة لانفعال ما تضاف إلى احساس بسيط عندما يتم تنشيط العمليات المهادية المجاورة للقشور اللحاءية . ولقد حاول البرهنة على عدم تمكن التأثيرات العضوية لنشاط الجهاز العصبي اللاإرادي من إبراز كثير من الأنماط المميزة بالقدر ذاته الذي يقرره المفحوص عن الحالات الانفعالية . ولكنه قدم تقسيما ثنائيا أو تفريعا مبسطا للغاية بين النشاط السمبثاوي والباراسمبثاوي ، مما

جملة عرضة للانتقاد الى حد شديد ( انظر : Lashley, 1938 ; Gellhorn, 1943 ; Arnold, 1945 ; Davis, 1957 )

ان تأثير «كانون» في الطب النفسى يمكن الوقوف اليه من بعض الأسس المنطقية لجراحة القطع الجبى ( انظر الفصل الحادى عشر ) .

ولقد ركزت البحوث والدراسات اللاحقة «لكانون» على محاولة التفريق بين الحالات الانفعالية المختلفة من حيث كونها أنماطا للاستجابات الفيزيولوجية ; Ax, 1953 ; Cattell & Scheier, 1958 ; 1961 ولكنها لم تحقق الانجاسا مصحودا (Martin, 1961) .  
الا أن نجاسا أفضل قد تحقق عندما تم تقديم الجانب المعرفى من الحالات الانفعالية .

## الوجدان والمعرفة

ان الاطار الذى تحدث الخبرة من خلاله — وبخاصة في الحالة التى تحدث فجأة — قد عد معيارا أو محكا ضروريا لا لتسميتها خبرة انفعالية فحسب (Averill, 1969) بل لتخصيص صفة انفعالية معينة (Schacter & Singer, 1962) .

«فالحسد» و «الغيرة» و « السخط أو النقمة » و « الغيظ » هي مثلا مصطلحات تصف كلا من الاستجابة الانفعالية والوضع الاجتماعى الذى تحدث فيه . وبغضلا عن ذلك فان كثيرا من المفاهيم الانفعالية تتضمن أحكاما أدبية وقانونية وأخلاقية وجمالية (Bedford, 1957) .

## المظاهر السلوكية للوجدان

من بين الأسباب الرئيسة التى أدت الى المقابلة بين العمليات الانفعالية والعمليات المعرفية ما لوحظ من ميل الحالة الانفعالية القوية الى تعطيل التفكير المنطقى المعقول واحداث نوع من الفوضى فيه .



وفد قام كثير من علماء النفس في الحقيقة (انظر مثلاً : Young, 1936, 1940) بتعريف الانفعالات على أنها « معكرة مشوشة أو معكرة مشوشة » (\*) أو كلاهما معا . وعلى كل حال فان هناك وجهة نظر معاكسة تم التعبير عنها ، حيث تنظر الى الانفعال من حيث كونه تكويناً منظماً ذا خصائص حادة ودافعة . (Cannon, 1927, 1929 ; Loeper, 1948) .

### نظرية الانفعالات كحالات طارئة لكانون

سبق أن ذكرنا تأكيد «كانون» (Cannon, 1927, 1929) على الدور الذي يقوم به المهاد *Thalamus* في اصدار الخبرة الانفعالية . وبالإضافة الى ذلك فانه قد أكد أيضاً على ما للتغيرات البدنية من فائدة ، والتي تحدث أثناء الخوف والغيظ أو الغضب والانفعالات المرتبطة بها ، معتبرا تلك التغيرات آليات (ميكانيزمات) تكيفية تساعد الفرد على التعامل مع التهديدات والأخطار التي يواجهها ، كما تساعد عموماً في المواقف المعصية أو الحالات المليئة بالضغط والاجهاد . وخلال أزمة ما من الأزمات التي تقتضي تغيراً مفاجئاً ، وحين يكون لدى الفرد اختيار بين الدخول في معركة *fight* أو اللواذ بالفرار والهرب *flight* فان التغيرات الجسمية التي أكد عليها « جيمس ، لانج » يمكن النظر اليها بصفتها مهينة أو معدة للفرد ، بحيث تجعله ميالاً الى التقدم لاتخاذ سلوك معين (Bugelski, 1973) وطبقاً لنظرية الطوارئ *Emergency* التي وضعها «كانون» فان تلك التهيئة وذلك الاعداد يتمان عن طريق الجهاز العصبي السمبتاوى . وبالتالي فانه بينما يمكن للنشاط في الجهاز العصبي الباراسمبتاوى أن تكون له السيطرة والهيمنة في الأحوال العادية، فعندما تحدث الاثارة الانفعالية الحادة ، يصبح نشاط الجهاز العصبي السمبتاوى مسيطراً .

---

(\*) بتشديد الكلف والواو ، بالفتح ثم بالكسر على التوالي .

## نظرية التنظيم من وضع « ليبير »

تقدم « ليبير » (Leeper, 1948) وجهة نظره المعارضة بشكل مباشر لوجهة النظر القائلة بأن الانفعال اما حالة مضطربة مشوشة أو حالة محدثة للاضطراب والتشويش . وكما فعل «كانون» فان « ليبير » قد عد العمليات الانفعالية على أنها حادثة ومثيرة ، مساندة ومعززة ، وهى كذلك نشاط توجيهي . كما هاجم النظريات القائلة بأن الانفعال حالة مضطربة مشوشة أو حالة محدثة للاضطراب والتشويش معتمدا على نقطتين ، أولاها تأكيد هذه النظريات بشكل مفرط على انفعالات مثل القلق والخوف والنيظ . وثانيهما استخدامهما لمصطلحات غامضة غير واضحة بحيث جاءت اما غير معروفة بالمرة أو معرفة فقط تعريفا ضعيفا سقيما ، مما أدى الى مسعوبة في تحديد ما اذا كانت تلك المصطلحات قد استخدمت بشكل متساوق متناغم أو أن البيانات المتوافرة قد دعمت النظرية أو فندتها وناقضتها . (Leeper, 1948,

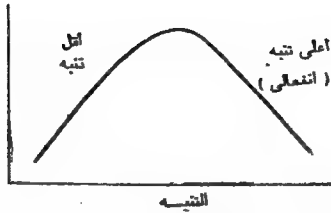
وقد لاحظ « ليبير » (P: 12) أن مبدأ « التنظيم Organization يعنى صفة تتم في مقابل التصادم مع ما يعارض القاعدة الأساسية لهذا المبدأ . ففي حالة الخوف من مواجهة الجمهور Stage-fright قد يؤدي تنظيم الأجهزة الجسمية استعدادا للاقدام أو الاحجام والهرب الى اضطراب في العزف على البيانو ، ولكن ذلك لا يمنع من أنه مازال يعد تنظيما .

## مفهوم التنبه

بعد أن قامت «دوفى» (Duffy, 1934, 1941 a, 1941 b; 1948) بمراجعة للبحوث والدراسات السابقة أشارت الى المحاولات التى كانت قد بذلت — بخمس طرق مختلفة — لتمييز الانفعال عن غيره من الأحوال أو الظروف . وقد انتهت من مراجعتها الى القول بأن مصطلح « الانفعال » Emotion — كما هو مستخدم فى هذه الدراسات بشكل شائع — لم

يشير به الى حالة وحيدة ، بل الى نقاط خمس متنوعة ومحددة تحديداً  
سيثاً ومقيماً على عدد من المتصلات Continuous . وبناء عليه فان  
التفريق بين الاستجابة الانفعالية وغيرها من الأنماط الأخرى للاستجابة  
كان بالدرجة الأولى تفريقاً في الدرجة لا في النوع على الأصح ، مع  
الأخذ في الاعتبار أن المتصلات والنقاط الفاصلة تختلف من نظرية الى  
أخرى .

وفي محاولتها لتنظيم البيانات بأسلوب أكثر اتساقاً فقد قدمت  
«دوفي» (Duffy, 1948) اقتراحاً يقضى بأن اختلال التنظيم انما هو  
دالة (وظيفية) أى سلوك عند مستويات عالية أو منخفضة من استهلاك  
الطاقة . ولكن نظراً لأنه لم تذكر بالمرّة الدرجة الحقيقية لأى نوع من  
السلوك الذى يطلق عليه «انفعالى» ، فانه من المستحيل القيام بعمل  
تفرقة فئوية بين الحالات الانفعالية والحالات غير الانفعالية ، وبالتالي  
فان مفهوم الانفعال لا يمكن أن تكون له قيمة في البحوث والمفروض  
النفسي العلمية . وكبدل لمحاولة التمييز بين السلوك الانفعالى  
والسلوك غير الانفعالى فقد رفضت «دوفي» بصفة جوهرية البعد  
التقييمي evaluative مؤيدة بذلك البعد النشاطي للخبرة الوجدانية .  
وقد اقترحت امكانية وصف السلوك كله فيما يتعلق ببعدين من أبعاده  
هما : اتجاه الهدف ، وشدة السلوك أو تحريك الطاقة . وقد أكدت على  
المفهوم الثانى ( أى بعد شدة السلوك ) والذى يشير اليه مفهوم التنبه  
. Arousal



شكل ( ٥ - ١ ) : تمثيل بياني لتأثير التعب على السلوك

وينظر الى التعب من حيث كونه يحدث في متصل يمتد من نقطة منخفضة أثناء نوم عميق خال من القلق والانزعاج الى نقطة عالية أثناء حالات من التهيج المفرط كالتهشب (Kroger & Catalepsy, 1976) والنوبة المرعية • وتعمل درجة التعب الى التأثير في سرعة السلوك وشدة وتناسقه كذلك التي يوضحها المنحنى في شكل ( ٥ - ١ ) ، حيث تأخذ العلاقة بين التعب ونوعية الأداء شكل الحرف U معكوسا الى أسفل (Schlosberg, 1954 ; Hebb, 1955 ; Melmo, 1957 ; 1959) وانظر كذلك : (Easterbrook, 1959) •

### تكامل الاستجابة الوجدانية

تضمنت تعريفات العمليات الوجدانية التي فصلنا القول عنها حتى الآن خمسة مفاهيم : الحالة الحافزة التي تحدث فجأة ، والعمليات المعرفية ، والشعور أو الخبرة الذاتية ، والتغيرات الفيزيولوجية ، والسلوك العلني الصريح • وقد أجريت البحوث والدراسات المبكرة اعتمادا على افتراض يقضى بأن المفاهيم الثلاثة الأخيرة من تلك المفاهيم كانت بوجه خاص مرتبطة ارتباطا ايجابيا ، بل حتى ارتباطا تاما •

ومثل هذا الافتراض قد ضمن في البحوث والدراسات التي أجريت لوضع مؤشرات أو علامات فيزيولوجية للقلق مثلا . ومهما يكن من أمر فإن الفطرة السليمة أو الحس المشترك والدراسات اللاحقة أشارت الى خطأ هذا الافتراض وعدم صحته .

وقد أشار «ريخمان» (Rachman, 1978, p. 24) في تحليله واستعراضه لبحوث الخوف وعلاقته بالشجاعة الى أنه على حين قد يكون الارتباط بين العناصر الثلاثة عاليا في مستويات التنبه الانفعالي العالية والمنخفضة فإنه من الأصوب أن نتصوره بصفته « مركبا من أنظمة استجابية مقترنة معا بشكل غير تام » . ان جوهر الشجاعة يكمن في عدم تهيب الناس للمواقف والحالات التي تؤدي الى الشعور بالخوف أو في محاولتهم الهرب من تلك المواقف ، ولكنهم في الواقع يقتربون منها على الرغم من معاناتهم ومقاساتهم لذلك الانفعال .

### ضبط الانفعال والتحكم فيه

طبقا لنظرية «كانون» فإن الاستجابات الانفعالية تمثل تحريك امكانات الجسم لمواجهة المواقف الطارئة . ويستخدم هذا التحريك على نحو مثالي في أسلوب الاقدام أو الاحجام *fight or flight* الذي يعد أكثر الأساليب مباشرة وتلاؤما . ولكن من النادر في المجتمع المتحضر مواجهة المواقف والمشكلات التي يمكن التعامل معها بالهجوم البدني البسيط أو بالهرب والفرار . وهناك من القيود الاجتماعية ما لا يعد ولا يحصى مما لا يقرر امكانية التعبير عن انفعال أو عاطفة معينة فحسب بل يقرر كذلك كيفية التعبير عنها ، ان ضبط الانفعالات والتعبير عنها بشكل ملائم في الحالين يمكن أن يشكل مشكلة رئيسة .

ان التعبير عن الانفعال وضبطه والتحكم فيه لهو أمر يتصل اتصالا وثيقا بقضية السلوك المنطقي في مقابل السلوك الانفعالي ، والتي سبق

ذكرها في مقدمة هذا الفصل ، كما يتصل بالمفهوم الثقافي الاجتماعي  
للسذوذ أو اللاسوية ( الفصل الأول ) ، بالإضافة الى ارتباطه بمفهوم  
المرض العقلي لدى علماء النفس السلوكيين ( الفصلان الثامن  
والثالث عشر ) . فهذه القضايا الثلاث تؤكد جميعا على مدى تكيف  
السلوك مع البيئة . ومع ذلك ، فانه نظرا لاهتمام هذا الفصل بالخبرة  
الذاتية أكثر من اهتمامه بالتعبير السلوكي فاننا نعتقد أنه من الأفضل  
ارجاء الحديث بالتفصيل عن مظاهر الانفعال أو جوانبه الى الفصل  
السادس حيث سيتم فيه وصف المجموعة التقليدية الثالثة من العمليات  
العقلية ، ألا وهي النزوع Conation .

### اضطرابات الوجدان

تصاحب اضطرابات الوجدان أنواع وضروب كثيرة من المرض  
العقلي،مبالإضافة الى ما حدده «سكوت» (Scott, 1958) من أن الكرب  
أو الضيق الذاتي محك للمرض العقلي عموما ، فان اضطرابات الوجدان  
هي محكات أساسية لتشخيص العصاب والاضطرابات الوجدانية  
والاستجابة الاكتئابية الذهانية .

وعندما يناقش الأطباء النفسيون اضطرابات الوجدان فانهم قد  
يفرقون بين الانفعالات الأولية والثانوية ، كما يفرقون أيضا بين  
الاضطرابات النوعية والكمية . ولكن مثل هذه التفريقات متصلة بعلم  
أسباب الأمراض أكثر من اتصالها اما بخبرة الانفعال أو بمظاهر  
الانفعال . فقد فرق «فيش» (Fish, 1967) مثلابين الانفعالات الشاذة  
اللاسوية والتي عرفها على أنها « استجابات مفرطة من نوع عادي » ،  
والاضطرابات الذهانية أو المرضية في الانفعال والتي عرفها على أنها  
«ظواهر تميل الى أن تكون نتيجة لعملية مرضية داخل الجهاز العصبي» .  
وقد نشأ هذا التفريق من الاستخدام المترام لمحكين مستقلين من  
محكات السلوك الشاذ في الوقت نفسه ، وهما : المحك الاحصائي

للاتفاعلات الشاذة ، والمحك المرضى للاتفاعلات الذهانية • وإذا سلمنا بأن هاتين الفئتين جامعتان مانعتان ، أى إذا سلمنا بأن الاستجابات المفرطة ذات النوع العادى لا يمكن أن تكون نتيجة عملية مرضية داخل الجهاز العصبى ، فإن مثل هذا التفريق هو ما شاع فى الطب النفسى من تفريق بين الاضطرابات الوظيفية Functional والاضطرابات العضوية Organic ، والذي يعتمد على أسباب مرضية مفترضة •

وانطلاقاً من الأهداف الحالية فإننا قد اتخذنا طريقة أكثر وصفية • فأى استجابة انفعالية يمكن اعتبارها شاذة إذا ما تعلقت بأى واحد من الأبعاد الأربعة التالية ، والتي غالباً ما تكون متصلة اتصالاً وثيقاً : عتبة الاستجابة ، ودوامها ، وشدةها وتلاؤمها ، ان النظر الى الاستجابة بهذا المفهوم يتحاشى أى افتراض غامض عن الأسباب المرضية ، والتي سوف نتعامل معها فى الفصول من ٧ — ١٠ بما تستحقه من تعامل ، وذلك على الرغم من أن الفصل الحالى سوف نختمه باستعراض موجز للاضطرابات الأكثر شيوعاً فى إطار التصور الطبى النفسى ، وفى هذا الاطار سوف نأخذ بعين الاعتبار بعض جوانب الأسباب المرضية •

### العتبة

ان مفهوم العتبة Threshold والذي أشير اليه أحياناً فى الدراسات القديمة بـ «الوصيد» Limen ، قد سبق وأن ألمعنا اليه فى الفصل الرابع فى وصفنا للاضطرابات الادراكية • ويستخدم هذا المفهوم بشكل مكثف فى علم النفس التجريبي ، وبخاصة فى السيكوفيزياء ، حيث يشار به الى حد التنبيه أو مستواه الذى يحدث عنده تغير فى الاستجابة • وبالمقارنة الى المعيار فإنه من الممكن لعتبة فرد ما أن تكون عالية أو منخفضة •

### العتبة العالية

يمكن استخدام من يمتلك عتبة عالية فى وصف الفرد البالغى الذى

لا يبدو مثيرا على الإطلاق لأى شىء . ويمكن مشاهدة هذه العتبة في صورتها الأكثر تطرفا حين تبدو الاستجابة الانفعالية وكأنها غائبة أو مسطحة ، كما أنها عرض مميز للفصام وعصاب الهستيريا ( من النوع التحولى ) والسيكوباتية .

وفي الهستيريا التحولية قد عد المريض على نحو تقليدى مظهرا لخاصية الافتقار الى القلق أو « اللامبالاة الحلوة » *belle indifference* بما يتعلق بالأعراض الجسمية لرضه . أما فى السيكوباتية فإن الوجدان الغائب يتمثل على نحو تميزى فى الذنب والندم ( Cleckley, 1941 ) ( Gray & Hutchison, 1964 ) ، ولكن غياب الحب قد ذكر كذلك ( Craft, 1966 ) .

أما فى الفصام فقد أشير الى غياب الاستجابة الوجدانية بصفتها « قدرة منخفضة على الاحساس باللذة » *Anhedonia* فى المواقف التى يكون فيها الاحساس باللذة أمرا طبيعيا ( Chapman, Chapman & Raulin, 1976; Shoichet & Oakley, 1978 ) وقد عدت واحدة من الخصائص الأربع الرئيسية المميزة للفصام ، أما الثلاث الأخرى الملائمة لها فهي : زلات الترابط ، والنفور من العلاقات الشخصية المتبادلة ، والاثنية أو ثنائية المشاعر ( Meehl, 1962 ) . وعنت هذه القدرة المنخفضة بصورة خاصة عرضا للأضييق والأسى ، وشعورا باليأس وخيبة الأمل والفراغ ، بحيث تقود بعض المرضى الى الانتحار . ( Lehmann, 1975 ) .

كذلك فقد عدت القدرة المنخفضة على الاحساس باللذة فى مواقفها الطبيعية مختلفة كفيها عن الاكتئاب ، والانسحاب الانفعالى ، والافتقار الى الدافعية ، فهي ليست مصحوبة بعلامات الاكتئاب الفيزيولوجية ( انظر أدناه ) ، وبينما يمكن للعجز عن الاحساس باللذة أن يشكل الأساس للانسحاب العاطفى والافتقار الى الدافعية ، فإن الافتقار الى الرغبة فى الدخول فى علاقات شخصية متبادلة والافتقار الى الدافعية



مايزال يعدد خصيصة مميزة موجودة في تلك الاضطرابات الأخرى  
(Shoichet & Oakley, 1978) .

### العتبة المنخفضة

يستدل على انخفاض عتبة الاستجابة الوجدانية بسرعة رد الفعل، ويمكن لهذا النوع من العتبة أن يكون وصفا ينطبق على الأفراد الذين يتصفون بصفات مثل : «الحساسية» و « القابلية للاستثارة » و « الاستجابة الزائدة » ، فهم الأفراد الذين يكشفون عن انفعالاتهم بسهولة شديدة . انها خصيصة مميزة للشخصية السريعة الانفعال المفجرة له ، ولكنها ترى بشكل أكثر شيوعا في الأعراض المخية العضوية والهستيريا حيث تكون مصحوبة بدوام محدود ، فهي توصف على الأرجح بالتغير وعدم الاستقرار .

### الدوام Duration

يميل كل من القابلية للتكيف للأوضاع والمواقف المتغيرة وظاهرة التعويد أو الاعتياد (Sharpless & Jasper, 1956) الى ضمان دوام أو بقاء محدود لانحرافات الفرد الرئيسية عن الحالة الانفعالية السوية أو المزاج المألوف . والبقاء الطويل الممتد هو بالتالى شذوذ ، فبينما قد يعدد الاكتئاب الشديد الذى يعقب موت قريب حميم أمرا عاديا مألوفا فان الشخص الذى يظل مكتئبا لمدة عام بعد هذا الموت قد يكون في حاجة الى تشجيعه على أن ينشد علاجاً طبيا نفسيا لحالته . وعلى العكس من ذلك فان من تبدوا انفعالاته عابرة مؤقتة الى حد كبير بالمقارنة الى المعيار العادى قد يعد كذلك شخصا شاذا . فاذا حدث ذلك بصفة متكررة ، وشوهت تلك الحالة في اطار من المزاج السائد الغالب للفرد فان مزاجه سوف يبدو قابلا للتغير والتبدل ، متسما بعدم الاستقرار ، وسيوصف بالتالى بأنه غير مستقر .

## عدم الاستقرار الانفعالي

يعد عدم استقرار *Labiliy* الوجدان عرضا مميزا للهستيريا ، كما عده الدليل التشخيصي والاحصائي الثاني للمرض العقلي *DSM-II* تشخيصا لزمنة الأعراض المخية العضوية •

كما عين هذا الدليل مجموعة مكونة من خمسة أعراض باعتبارها سمة مميزة للاصابة الانتشارية ننمخ *Diffuse brain damage* ، وتتمثل هذه الخمسة في معوقات تعوق كلا من الذكاء ، والحكم ، والذاكرة ، والتوجه ( الوعي بالموقف زمانيا ومكانيا واجتماعيا ) بالإضافة الى عدم استقرار الوجدان وضحاآته • ويعزى هذان الأخيران الى التغيرات السهلة - والتي لا يمكن التنبؤ بها أحيانا - في مزاج المرضى بالصابة عضوية في المخ ، بالإضافة الى الافتراض الضمني القاضى بأن ذلك يعكس الافتقار الى التحكم والانضباط والذي يتحدد على أساس عضوى • وعلى حين يبدو واضحا في كل الأمزجة فانه يرتبط بصورة خاصة بانخفاض في القدرة على تحمل الاحباط ، والانفعالات العدوانية •

وغالبا ما يوصف عدم استقرار الوجدان المرتبط بتشخيص الهستيريا - وبخاصة الشفصية الهستيرية - بعدم الثبات (*American Psychiatric Association, 1968, 1974*) ، ويفتقر الفرد الذى يعانى من عدم استقرار الوجدان الى الصدق والأصالة (*American Psychiatric Association, 1980*) وعلى العكس من الافتقار الى التحكم والانضباط الذى يفترض فيه أن يكون أساس عدم استقرار الوجدان في زمنة الأعراض المخية العضوية فان عدم استقرار الوجدان في الهستيريا يعد خاضعا للضبط والتحكم الى حد بعيد •

وقد ذكر «جولا» (*Golla, 1921, P. 377*) أن « معرفتنا بالهستيريا يمكن تلخيصها في القول المشهور عن «بابينسكى» : « بين الهستيريا والخداع لا يوجد الا اختلاف واحد في الرتبة أو الدرجة الأخلاقية » • وقد تابع «جولا» (*Ibid*) حديثه قائلا :

« ومن يلاحظ الأعراض المترامنة للهستيريا فإنه يتولد لديه انطباع عام معين عما يمكن أن يدعى بالتمثيل المسرحي — برغم أنه من الجائز للمريض الذي يخشى مواجهة الجمهور أن يستحق مثل هذه المقارنة ... مثل هؤلاء المرضى قد يفوزون من مكانهم فجأة أو يرتعدون عند سماعهم ضجيجا عاليا ، أو عند استئثارهم بمنبه مؤلم ، في حين قد يتزعزع الفرد العادي من مكانه بصعوبة ، ولكن الاستجابة الجلفانية اما أن تكون غائبة أو أقل من وضعها العادي ... فلدينا في هذه الملاحظات — كما أعتقد — المفتاح الى السلوك الهستيرى . انه أمر تقليدى محض قائم على المحاكاة والتقليد » .

فوصف الوجدان بعدم الاستقرار انما هو وصف له بالمقارنة الى وجدان الآخرين من الناس على بعد قابل للقياس بسهولة ، ألا وهو مدة دوامه أو بقاءه . ولكن وصفه بالضحالة والسطحية يعنى الخروج باستنتاج يتعلق ببعد « عمق الانفعال » ، وهو أمر صعب القياس ، كما أنه غير محدد تحديدا واضحا . وفضلا عن ذلك ، فان الضحالة اذا حدثت في الاطار ذاته الذى يحدث فيه « التضخيم » و « التكلف » و « الافتقار الى الصدق والأصالة » فانها تتضمن اظهارا لانفعال سلوكى في جوهره وأساسه ، مع الافتراض بأن الانفعال — الانفعال الصادق الاصيل — انما هو خبرة ذاتية أو استجابة فيزيولوجية أو كلاهما معا . وفى ذلك تجاهل لما لاحظته « ريخمان » (Rachman, 1978, p. 24) من أن الانفعال « كل مركب من أنظمة استجابية مقترنة معا على نحو غير تام » .

فالضحالة ، والتضخيم ، والافتقار الى الصدق والأصالة حينما تطبق على الوجدان فانها تعد تقييما مقنعا (مستترا) يستخدم وصفا للانفعال .

وعندما نتفحص تاريخ مفهوم الهستيريا فإن هذه الفكرة تبدو أكثر وضوحاً .

وقد قام «كليست» (Kleist, C. 1920) بتصنيف المصابين بالهستية المصابين بانحراف جنسى بصفتهم أنواعاً لما سماه بـ « الشواذ بدنياً ونفسياً » . كما استخدم « فون باير » (Von Baeyer; 1935) « ووكليكي » (Cleckley, 1941) مصطلح « السيكيوباتى الهستيرى » ، كذلك استخدم « بيرنجتون ، ليديل ، فوادرز » (Berrington, Liddell & Foulds, 1956) مصطلح « الشخصية السيكيوباتية الهستيرية » فى شرحهم لحالة الشرود . أما « ماير جروس ، وسلاتر ، روث » (Mayer-Gross, Slater & Roth, 1960) فقد استخدموا مصطلحات « الهستيرى غير المستقر » ( ص ١١٠ ) و « الهستيرى المحتال المحب للتبجح والذى لا يمكن الوثوق به » ( ص ١١٣ ) و « الهستيرى الخادع » ( ص ١٣٦ ) كما تحدثوا عن الصفة الهذائية والتي نجدها غالباً فى من لديهم استعداد هستيرى ( ص ١٣٦ ) .

وقد سبقت الإشارة فى الفصل الأول الى أن تشخيص المرض العقلى هو حكم نابع من قيمة اجتماعية ، ولا يبدو ذلك واضحاً فى أى مكان أكثر من وضوحه فى تشخيص الهذاء والهستيريا والشخصية السيكيوباتية . وأنه لما يلفت النظر أن نلاحظ الطريقة التى وردت بها هذه المصطلحات التشخيصية الثلاثة جميعاً فى الفقرة السابقة ، وهى مصطلحات متميزة واضحة من الناحية النظرية .

### الشدة . Intensity

تمر بكل منا أوقات يشعر فيها بأنه واهن مكتئب أو مبتهج سعيد، وبرغم تأثير هذه الانفعالات فى سلوكنا إلا أنها لا تسودنا أو تهيمن علينا . فلكى نشير فى الفرد العادى انفعالا قويا بدرجة تسود سلوكه وتسيطر عليه لابد من مروره بظرف غير عادى . ويتم استنتاج وجود

المرض وأسبابه المؤدية اليه حين يحدث انفعال غنيف بصورة غير عادية استجابة لوضع عادى واضح . وقد تكون الشدة هي أكثر المحركات المفردة أهمية لحدوث الاضطراب الوجدانى ، فمن الممكن تحمل الدوام أو البقاء وعدم الاستقرار بالنسبة للانفعال اذا كانت الشدة غير مرتفعة .

## الخلاصة

يمكن اعتبار غياب الاستجابة الانفعالية في موقف يستدعى حضورها بشكل عادى بمثابة طريقة واحدة من طرق الاستجابة غير الملائمة لذلك الموقف . ومع ذلك فانه الأمر عادى أن نتحدث عن الانفعال غير الملائم في حالة واحدة فقط وهى وجود استجابة فعلية غير ملائمة . ان اظهر انفعال غير ملائم هو تصوير «كارينكاتورى» مغالى فيه ، ويعد شائعا في المرض العقلى عموما ، ولكنه عرض رئيس دال على الفصام الهيبفيرينى .

## انفعالات ذات أهمية في الطب النفسى

هناك عديد من الانفعالات والحالات الوجدانية التى نواجهها غالبا في المواقف الطبية النفسية ، منها : الدونية ، وعدم الأمان والاستقرار ، وعدم الكفاءة ، والعنة أو العجز الجنىسى ، والقلق ، والاكتئاب ، والمحوان .

ان مشاعر الدونية وعدم الأمان والاستقرار ... الخ والقلق والاكتئاب مرتبطة على نحو نموذجى بالأسى أو الكرب والضيق الذاتى واحالة الذات للعلاج الطبى النفسى . أما العداء فانه يؤدي بالآخرين على الأرجح الى الأسى والحزن ، كما يؤدي بهم الى احالة المريض للعلاج ، وبخاصة عن طريق من لهم أهمية خاصة في بيئة المريض .

أما بالنسبة لحدة المشاعر الجنسية وقوتها على نحو شاذ فلم تتل

من الباحثين اهتماما يتعدى المرور بها بشكل عابر في كتب أخرى غير تلك المتهمة بالتحليل النفسي . فإذا أخذت بعين الاعتبار كما هو الاتجاه السائد في الممارسة الطبية النفسية ، فإن تركيز الاهتمام ينصب على السلوك المصاحب لتلك المشاعر أو على الاقتدار الى هذا السلوك ، كما يشار اليه على أنه شبق أو شرهة جنسية Satyriasis مفرطة لدى الرجل ، أو غلمة Nymphomania وشبق شديد لدى المرأة وهوس جنسى لديها ، أو على أنه عنة impotence وعجز جنسى ، أو برود جنسى frigidity . ويشار بالثيوغية الجنسية Promiscuity الى تكرار التصريف الجنسي لا الى حدته وقوته ، كما ينظر اليها على أنها تتطلب تفسيراً وتفصيلاً أكثر تعقيداً وتركيباً عن كونها رغبة أو شعوراً قوياً .

### الدونية وعدم الأمان وعدم التلاؤم والعنة

يقوم علماء النفس الاكلينيكيون والأطباء النفسيون من حين الى آخر بالإشارة الى مشاعر الدونية والشعور بالنقص ، ومشاعر عدم الأمان أو الاستقرار ، ومشاعر عدم التلاؤم ، ومشاعر العجز الجنسي . . . الخ ، وتعد كلها مشاعر سائغة ومصاحبة للمرض العقلي . كما تعد في بعض الأحيان مصطلحات مترادفة (Mosak & Dreikurs, 1973) وتختلط في أحيان أخرى بالقلق مثل « الشعور القلق بالدونية » (White & Watt, 1973, p. 32) ، أو بالذنب . ويعد هذا الاختلاط أحد الأشكال المختلفة للشعور بالدونية (Adler, 1926 ; Bruck, 1950) . وقد عد الشعور بالدونية أمراً عادياً (Mosak & Dreikurs, 1973) بينما عد كل من الشعور بالذنب والشعور بالدونية محطاً بشكل خاد لتقدير الذات لدى الفرد العصابي المكتئب (Buss, 1966, p. 85) . وكلها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بمفهوم «الذات» ، كما تمثل اهتماماً رئيساً لكثير من أنواع العلاج النفسي ( انظر الفصلين العاشر والثالث عشر ) . ومع ذلك فإن هذه المشاعر لم يتم تعريفها أو حتى وصفها الا في القليل النادر .

على أنه من المحتمل ألا يكون الاحساس بالدونية ، وعدم الأمان والاطمئنان ، وعدم التلاؤم ، بالإضافة الى العجز أو العنة مشاعر بالمعنى الدقيق لهذا المصطلح ، بل هي جوانب معرفية . ويتمثل العنصر المعرفي منها في ادراك المرء وتقييمه لقدرته على التعامل مع البيئة التي يعيش فيها . أما العنصر الانفعالي فيتمثل في القلق أو الخوف نظرا لوجود علاقة بين القدرة على التحكم في نتائج حدث ما أو التنبؤ بها وهذا الانفعال (Rachman, 1978) . وأي تعديلات أو تحويلات في الخوف يتم تسهيل حدوثها وإجرائها من خلال ما يحدث من تغييرات في « الفعالية الذاتية كما يدركها الفرد ذاته » (Bandura, 1977) .

وقد ينسجم ذلك مع نظرية « سيلجمان » (Seligman, 1975) عن العجز المتعلم *Learned helplessness* ، والقائلة بأن توقع تعجز الضبط أو التحكم « يفضي الى الخوف مادام الفرد غير واثق من تعجز التحكم في النتيجة النهائية » ، مما قد يؤدي بدوره الى الاكتئاب . وتؤكد هذه النظرية كذلك أن احساس الفرد بقدرته أو عجزه عن التحكم في الموقف يعد عاملا محددا للخوف ، وهو أكثر أهمية من الأرجسية الموضوعية لتوكيده لمثل هذا التحكم أو فشله في توكيده .

وطبقا لنظرية « سيلجمان » : « العجز المتعلم » فان الشعور بالقلق استجابة للتقييم الادراكي للبيئة ينتج عنه وجهة أو «ميل» عقلي معين (Gibson, 1943) أو اتجاه . وفي الواقع فان بعض المراجع الأقدم (مثل «شافر» : Shaffer, 1936) أشارت في الحقيقة الى اتجاه الدونية مفضلة ذلك على الشعور بالدونية .

## القلق

القلق *Anxiety* مفهوم رئيس في علم النفس المرضي والطب النفسي ، انه العرض الرئيس الدال على الاضطراب العصائبي ، وهو أحد المفاهيم الأساسية في التحليل النفسي كما وضعه «فرويد» (انظر

الفصل العاشر) • وهو كذلك متغير أساسى فى كثير من البحوث والدراسات التى أجريت من قبل علماء النفس التجريبي وأصحاب نظريات التعلم • ومع ذلك فإن التراث السيكلوجى زاهر بمجموعة كبيرة من المصطلحات المتعلقة بالقلق ، حيث نجد بعض المؤلفين يستخدمون مصطلحات مختلفة للإشارة الى المفهوم الأساسى للقلق ذاته ، بينما نجد بعضا آخر منهم يستخدمون مصطلحا وحيدا — وغالبا ما يتم ذلك فى المقالة الواحدة ذاتها — للإشارة الى عدد من المفاهيم المختلفة (Akutagawa, 1968) .

والقلق بصفته خبرة ذاتية يتميز «بمشاعر» الخوف من شمررتب، والشك ، والعجز ، والتي لا تتعلق بخطر خارجى حقيقى — بالإضافة الى الوعى الذاتى بعدد من التغيرات الفيزيولوجية • وتتضمن هذه التغيرات توقرا متزايدا فى العضلات الخاصة بالهيكال العظمى (كالتييس أو التصلب ، والارتعاشات والوهن ، وتقلب الصوت وعدم استقراره ... الخ) ، كما تتضمن تغيرات فى الجهاز القلبي الوعائى (مثل خفقان القلب بسرعة وقوة ، واحمرار الوجه خجلا وتدفق الدم فى الوجه أو شحوب غير طبيعى فيه ، ونبض سريع ، وتزايد ضغط الدم ... الخ) ، فضلا عن نشاط الجهاز المعدى المعوى (غثيان ، تقيؤ ، اسهال ... الخ) • ومن الجائز أن تكون هناك علامات أخرى مثل البرودة ، والأطراف المندبة المبتلة والتنفس السريع أو غير المنتظم ، والتبول المتكرر ، واضطرابات النوم • وعلى المستوى السلوكى الطنى نجد سلوك التجنب والتعاشى ، خصيصة مميزة للقلق •

وقد تم التوصل من تحليل القلق الى ثلاثة فوارق بين القلق والخوف ، وبين القلق الظاهر والكامن ، ثم بين القلق الواعى وغير الواعى •



## القلق في مقابل الخوف

طبقا لتعريف القلق ، وطبقا كذلك لأى اختلاف يمكن ملاحظته في الاستجابة فان القلق يعد حالة وجدانية من الخشية وتقرب الشر بحيث لا ترتبط بموقف أو موضوع بيئى معين . فاذا ارتبط بواحد من هذين ( الموضوع أو الموقف ) فانه يسمى «خوف» *Fear* . والفارق الجوهرى بين حالة القلق والخوف هو أن الشعور بالخشية وتقرب الشر في حالة القلق هو شعور عام هائم طليق ، كما يمكن مع الفرد في كل الأوضاع والمواقف ، بينما تتركز الخشية في حالة الخوف حول موضوع أو موقف معين ، فاذا ما أزيل كل منهما فان تلك الحالة تخمد وتنتهى .

## المخاوف المرضية

يمكن ايجاد فارق ثانوى بين الخوف *Fear* والرهاب *Phobia* اذ تتضمن المخاوف بشكل أساسى اعتقادا منطقيا وفكريا بالطبيعة الخطرة لمواقف وموضوعات معينة . أما الرهاب أو المخاوف المرضية فهي خوف غير منطقي بالمرة .

ونظرا لأنه من الممكن لأى موقف أو موضوع ، أن يصبح بؤرة الرهاب ومركزه ، فان مزاولة تصنيف أنواع الرهاب طبقا للأوضاع أو الأشياء المخوف منها ، ومنع كل منها اسما اغريقيا خاصا لم يعد أمرا مفيدا ، لأنه سيحتتم على المرء حينئذ أن يضيف الى قائمة التصنيف عددا لا نهاية له من الأسماء ، ( استق مصطلح «الفوبيا» من الكلمة الاغريقية فوبوز *Phobos* ، والتي تعنى الهروب ، أو الرهبة ، أو الذعر والهلع ، أو الخوف ) . من ناحية ثانية ، بينما تضمن الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى *DSM-II* فئة تشخيصية وحيدة لكل أنواع الرهاب - وهى ( ٣٠٠.٣ ) : المصاب الرهابى (الفوبى) - فان الدليل التشخيصى الثالث *DSM-III* قد تضمن أربع فئات : رهاب الخلاء مع نوبات رعب ، رهاب الخلاء دون نوبات رعب ، الرهاب

(الفوبيا) الاجتماعى ، والرهاب البسيط . وقد تضمن التصنيف الدولتى التاسع للأمراض ICD-9 هذه الأنواع الأربعة ذاتها مع اضافة « الرهاب — دون تحديد » ليصبح مجموع ما تضمنه خمسة .

### القلق الظاهر فى مقابل القلق الكامن

يقصد بالقلق الظاهر *Manifest* بصورة أساسية وجود علامات فيزيولوجية مميزة ، مع وجود سلوك التجنب والتفادى أو بدونه ، ومع ما هو مفهوم ضمنا من وجود الخبرة الذاتية كذلك . • لانه القلق الذى يمكن للأخرين ادراكه • أما القلق الخفى الكامن *Latent* فهو مفهوم مشتق من نظرية التحليل النفسى • وقد فسر تفسيراً حرفياً ليعنى « القلق غير الفعال أو غير القائم بالفعل » • ولكنه إذا قوِيل بالقلق للظاهر فإنه يحمل دلالات القلق ، أى أنه عملى وقائم بالفعل ولكنه غير مشاهد أو مرئى •

فإذا كان القلق استجابة فإن ذلك يمثل تناقضا بين المصطلحات إذا قلنا : انه يكون موجودا ولكنه ليس فعلا أو قائما بالفعل • ويمكن التغلب على هذا التناقض بطريقتين : اما بالاشارة لآلى استجابة القلق بل الى الميل أو النزوع الى الاستجابة بقلق (Akutagawa, 1968) أو بافتراض قوة كفية كايحة ، موجودة كذلك ، بحيث يتم من خلالها القضاء على تأثير الاندفاع الى الاستجابة •

ان تصور مفهوم القلق الكامن بصفته نزوعا الى الاستجابة وقابلية لها يعد بسطا لتعريف القلق والذى يشبه ما قام به أطباء النفس الاجتماعيون من بسط وتوسيع لتعريف المرض العقلى ( انظر الفصل الثالث عشر ) • من ناحية أخرى هناك فارق مهم بين الاستجابة ويكون الشخص من النوع المرحح أن يستجيب ، وان تصور هذا النوع الأخير كشخص ذى استجابة كامنة يخفى هذا الفارق ويطمسه •

ان التسليم بوجود قوة كابحة هو خصيصة مميزة لما سبق وأن أشار اليه «مادى» (Maddi, 1968) بـ « نموذج الصراع » في الشخصية ، كما يعد خصيصة مميزة لأسلوب «فرويد» والمطلين النفسيين في وضع نظرياتهم ( انظر الفصل العاشر ) ، فالتأكيد هنا أكثر على الفرد .

فإن كان القلق انفعالا فإنه من المستحيل بالنسبة له أن يكون فعلا وقائما بالفعل ، ولا يمكن أن يرى أو يجرب ويخاف بطريقة ما . فإذا قبلنا المفهوم الذى تصوره «ريخمان» (Rachman, 1978 , p. 24) لأنفعال بصفته « كلا مركبا من أنظمة استجابية مقترنة على نحو غير تام ، فإنه من الممكن أن يكون لدينا شخص يتصرف وكأنه شخصان ، ولا يشعران بالقلق أو يظهران أيا من العلامات الفيزيولوجية العادية الدالة عليه . ولكن اذا حدث ذلك فإن تصور القلق وفهمه بصفته قلقا غير واع (لاشعورى) هو أمر أكثر شيوعا .

### القلق الواعى في مقابل القلق غير الواعى

يصف الاكلينيكيون القلق غالبا بأنه «واع» أو « غير واع » . ويتركز اهتمام واضعى هذين المصطلحين في الجانب الذاتى من ظاهرة القلق (Akutagawa, 1968) .

ويترادف «الوعى» Consciousness في معناه مع القدرة على التعبير عن الشئ، ووصفه بالألفاظ ability to verbalize ، وبناء عليه فإن « القلق الواعى » يشير الى شواهد الاستجابة التى يمكن تقريرها وروايتها لفظيا ، على حين يشير « القلق غير الواعى » الى الاستجابات الفيزيولوجية أو السلوكية ( أحدهما أو كليهما ) المميزة له في غياب التقرير الذاتى : فبينما يؤكد الفرد عدم شعوره بالقلق الا أنه يبدو أو يتصرف كما لو كان قلقا . ولذلك يستنتج من يلاحظه وجود القلق

الذى يشار اليه حينئذ على أنه « قلق غير واع » نتيجة لافتقار المريض الى الوعى به .

### دفاعات ضد القلق

على حين يوجد تشخيص معين لاضطراب القلق ( عصاب القلق ) فان القلق هو العرض المميز الملازم للعصاب عموما بالاضافة الى كثير من الأعراض الأخرى المميزة له ، والتي توصف عادة بأنها سلوكيات شاذة محددة مثل : اللوازم Tics أو الظججات التي تبدو في صورة حركات تشنجية مفاجئة في الوجه أو عضلات الرأس ، والوسلوس التي تبدو في صورة مجموعة من الأفكار التي تتسلط على المريض وتقلق شعوره قسرا عن إرادته ، والقوى القهرية Compulsions الداخلية التي لا يمكن مقاومتها ... الخ ، وتعد هذه الأعراض وغيرها دفاعات ضد القلق .

والقلق محدد رئيس للسلوك ، وهو يرتبط ارتباطا وثيقا بالألم Pain ، والذي عرف بأنه « مساعد نفسى للفعل المنعكس الوقائى الملح » (Sherrington, 1900) ، ويعد القلق كذلك خبرة منفردة بشكل فطرى .

والقلق — شأنه في ذلك شأن الألم وانفعال الخوف المرافق له — يمكن التخفيف منه والعمل على إضعافه بالتحرك بعيدا عن مصدره البيئى . وانه لما يؤسف له — كما سبق أن ذكرنا — أن القلق — طبقا لتعريفه — ليس له مصدر في البيئة بحيث يمكن التعرف اليه بسهولة ، وحتى اذا وجد هذا المصدر فان هناك من الضغوط الاجتماعية ما لا يعد ولا يحصى مما يمكنه أن يقف حائلا دون اتخاذ اجراء مباشر نحو الابتعاد عنه .

ومن بين الطرق التي يسلكها الناس في محاولتهم التعامل مع

القلق : التعبير ، حيث يحاولون ايجاد سبب مقبول يؤدي اليه ، كما يحاولون التخلص من مشاعر القلق عن طريق تعاطي الكحوليات أو العقاقير المهدئة ، أو بصرف أذهانهم عنه بالانغماس في العمل ، أو ممارسة الجنس ، أو أى نشاط آخر ، بالإضافة الى انكاره وتكذيبه .

وقد تعرض « فرويد » والمحللون النفسيون بالتفصيل لطرق التعامل مع القلق ، حيث قاموا بالتعرف الى عشرة ميكانيزمات أو حيل دفاعية ، تستخدم في التعامل مع القلق وغيره من الانفعالات الأخرى المؤلمة ( انظر الفصل العاشر ) .

## الاكتئاب

استخدم هذا المصطلح لوصف خبرة ذاتية وجدانية ، تسمى حالة مزاجية أو انفعالا ، والتي قد تكون عرضا دالا على اضطراب جسمي أو عقلي أو اجتماعي ، وزملة مركبة من أعراض معرفية ونزوعية ( ارادية ) وسلوكية وفيزيولوجية بالإضافة الى الضربة الوجدانية ، وقد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هذه أكثر شيوعا ، وبخاصة في الطب النفسي ، كما أن مفهوم الاكتئاب فيما يبدو قد انتشر في نطاق أبعد من انتشار مفهوم المرض ليصبح « اضطرابا وظيفيا في الشخصية » ( Becker, 1974, p. 9 ) .

## أنواع المرض الاكتئابي

تضمن تراث الطب النفسي عددا من تصنيفات الاكتئاب المتفرعة ثنائيا مثل : سوى مقابل شاذ ، وأولى مقابل ثانوى ، وخارجي أو نفاعلي مقابل داخلي ، وعصابي مقابل ذهاني ، وأحادي القطب مقابل ثنائي القطب ، وهائج مقابل متأخر أو بطيء . وعلى الرغم من أن تلك التقسيمات الثنائية كانت قد استمدت من ملاحظات تمت خلال الممارسة الكلينيكية ، الا أنها نالت مساندة من قبل التحليل العاملي ( بوصفه

منهجاً ، ياضيا احصائيا )

(Hamilton & White, 1958 ; Kiloh & Garside, 1963 ; Rosenthal & Gudeman, 1967 ; Mendels & Cochrane, 1968).

وقد حدد الدليل التشخيصي والاحصائي الثاني DSM-II الصادر عن الرابطة الطبية النفسية الأمريكية أربع مجموعات رئيسة للمرض الاكتئابي ، ثلاث منها اضطرابات ذهانية ، والأخير يتعلق بالعصاب . وهذه الأربعة هي : السواد الارتدادى ، ومرض الهوس الاكتئابي ، والاستجابة الاكتئابية الذهانية ، والاكتئاب العصابي . ويمثل هذا التقسيم توليفة مكونة من اثنين من التصنيفات الثنائية ، مع التأكيد على أسباب القصور المعرفي وشدته .

جدول ( ٥ - ١ ) : أنواع الاكتئاب

القصور المعرفي		نوع المرض
عصابي	ذهاني	
	مرض الهوس الاكتئابي	داخلية
	السواد الارتدادى	
العصاب الاكتئابي	الاستجابة الاكتئابية الذهانية	استجابية

### مرض الهوس الاكتئابي

يعرف مرض الهوس الاكتئابي من حيث سيره Course أو تقدمه ، أو التاريخ الطبي للمريض به ، اذ يرى المختصون أن المريض به يواجه جدوئه أول مرة حين يكون في العشرينيات أو السنوات المبكرة من الثلاثينيات من عمره ، وتتكون الأعراض الاكتئابية من شعور منتشر بالكسل أو الجمود والقصور الذاتى ، وأفكار توهمية ضادة عن الذنب والاثم ، بالإضافة الى ادانة الذات ، وبطء عام في التفكير والحركة ، ولكن خصائصه المميزة تكمن في طبيعته المتكررة المعاودة Recurrent

وانعدام الحدث الواضح المعجل بحدوثه • ويعتقد «كريبيلين» أن مرض  
المهوس الاكتئابي مكتسب بشكل أساسي ، وذلك على العكس من الاكتئاب  
الذي يحدث في أواسط العمر حين يحدث نتيجة لضغط أو انعصاب  
خارجي •

### السود الارتدادى *Involutional Melancholia*

يحدد هذا الاضطراب من حيث تعلقه بعمر المريض ، اذ يقع في  
فترة التغيرات الارتدادية ( وهي ما بين ٤٠ - ٥٥ سنة بالنسبة للنساء ،  
و ٥٠ - ٦٥ سنة بالنسبة للرجال ) ، كما يتميز بالهم والقلق والاحتياج  
والأرق الشديد ، كذلك فان مشاعر الذنب ، والانشغالات الجسدية  
تكون موجودة في الغالب ، وربما كانت بنسب تضليلية خادعة ، هذا  
بالإضافة الى تصريحات بادانة الذات والاتجاهات الهدمية العدمية  
( الوجود لا معنى له ) ( Kaplan & Sadock, 1973 ; APA, 1968 ) •

وليس هناك سبب دقيق معروف لحدوث السود الارتدادى •  
ويجذب بشكل تقريبي في ثلاث نساء مقابل كل رجل ، كما يحدث بنسبة  
عالية بين سكان المدن وفوى المستويات الاقتصادية الاجتماعية  
المنخفضة ، والأرامل ، والمطلقين ، ومن هم على قدر ضئيل من التعليم  
( Kaplan & Sadock, 1973 ) •

ويمزو المختصون هذا النوع من المرض الى تناقص وظيفة الغدد  
الصماء والغدد التناسلية الذي يحدث في نهاية طور التناسل من حياة  
الفرد ، ولكن الدراسات والبحوث الحديثة ركزت جهودها في دراسة  
المضامين النفسية لتلك الفترة ، ودراسة شخصية المريض قبل مرضه •

### الاستجابة الاكتئابية الذهانية

يُصَف هذا التشخيص مزاجا مكتئبا مصحوبا بقدرة ضعيفة على  
اختبار الواقع ، أو بسوء توافق اجتماعي ذي معدل ذهاني مرتفع ،

ولكنه يفتقر الى السمات المميزة لكل من مرض الهوس الاكتئابي والسود  
الارتدادي ، ويعزى هذا النوع الى خبرة ما من الخبرات (APA, 1968, 1974)

### الاكتئاب العصبي

العصاب الاكتئابي هو استجابة اكتئاب زائدة ذات معدل ذهاني  
أقل ، ويفتقر الى السمات المميزة لكل من مرض الهوس الاكتئابي  
والسود الارتدادي ، كما يمكن ارجاعه الى صراع داخلي أو الى حدث  
يمكن التعرف اليه مثل فقدان موضوع محبوب أو ملكية يعزها الفرد  
ويتعلق بها (APA, 1968) .

### أبعاد المرض الاكتئابي

بالإضافة الى الدراسات التحليلية العاملية والتي تؤيد التقسيمات  
الثنائية لأمراض الاكتئاب ، فقد وجدت دراسات عديدة (Grinker  
et al, 1961 ; Friedman et al, 1963 ; Overall; 1963 ; Lorr; Sona  
1972). & Katz, 1967 ; Kear-Colwell, 1972) توحى بأن هناك على الأقل  
ثمانية عوامل متضمنة (Richards, 1976) هي :

( أ ) القنوط والجزع Despondency : والذي يبدو في سمات  
مثل فقدان الذات وتوقيرها ، وشعور المريض بأنه مبعوض مكروه ،  
وشعوره بالوحدة والعزلة ، وفقدان الثقة بالنفس ، وتبسط ووهن في  
العزيمة ، وافتقار الى اللذة والسرور في المعيشة ، وفراغ واقتنار داخلي  
( اذ يشعر المريض بأنه لم يعد مشاركا في المجتمع البشري ) ، ومشاعر  
اليأس والقنوط ، والعجز والابتئاس ، وأخيرا حمل المريض أفكارا  
انتحارية في ذهنه .



- ( ب ) الذنب **Guilt** : مشاعر أو توهمات بالذنب ولوم الذات •
- ( ج ) الحزن **Sadness** : بكاء المريض وشعوره بأنه حزين •
- ( د ) الضول والتبلد **Apathy** : فقدان الاهتمامات ، وفقدان الطاقة ، وفقدان الدافعية ، بالإضافة الى الكسل والبلادة ، والعجز عن الحصول على الاثباع والرضا من أى شيء •
- ( هـ ) التوتر **Tension** : قلق البال ، مثار مهتاج ، سريع الغضب والاستنارة ، متردد غير حاسم •
- ( و ) اهتمام جسمي **Physical concern** : انهماك وانشغال كامل بالصحة وبوظائف الجسم : وشكاوى من آلام متواصلة ، ومن ضعف وتعب وارهاق •
- ( ز ) أعراض جسمية **Physical symptoms** : تناقص في الوزن ، فقدان للشهية ، نوم قليل ، امساك •
- ( ح ) تأخر وبطء **Retardation** : تناقص في النشاط الحركي ، انكباح التفكير وتعطله •

وفي حين تميل العوامل الأربعة الأخيرة منها الى التزامل بشكل شائع مع مجموعة كبيرة من الاضطرابات — سواء في ذلك البدنية منها أم العقلية — فإن الأربعة الأولى منها تتطابق مع المشاعر المسماة بالاكئاب • وعلى كل حال فانه ليس من الواضح اذا كانت العوامل الأربعة الأولى مظاهر أو أبعاد مختلفة لاضطراب وحيد وهو الاكتئاب ، أو هي أنواع مختلفة للاكتئاب وبالتالي فهي بدائل للمرض الاكتئابي الطبى النفسى ، وهو مرض الاكتئاب الهوسى والسواد الارتدادى ••• الخ •

وسواء نظر الى الشكاوى من التبلد ، وفقدان الطاقة ، وفقدان الدافعية ، والكسل أو البلادة على أنها بعد من أبعاد الاكتئاب أو

خصائص مميزة لنوع من أنواعه — سواء كان هذا أم ذاك — مان  
الاقرار والتسليم بذلك بصفته عنصرا مستقلا يطرح امكانية تشخيصية  
مؤثرة للاهتمام ، وهذا بدوره يعيد الى أذهاننا قضية ثبات التشخيص  
التي سبق أن ناقشناها في الفصل الثالث .

على أنه من المحتمل أن يكون الازدياد في تشخيص الاكتئاب  
— والذي أعلن خلال الستينيات والسبعينيات من هذا القرن، والذي كان  
كذلك مقترنا بتناقص في تشخيص عصاب الوهن *Neurasthenia* — ربما  
لايعكس أى تغير في معدلات حدوث الاضطرابات ذاتها بقدر ما يعكس من  
تغير في المسميات التشخيصية التي خصصت لأعراض التبدل واللامبالاة،  
والضعف ، والقابلية السهلة للتعب والارهاق : فما كان معتادا تسميته  
بعصاب الوهن ( أو النوراستينيا ) أصبح يسمى الآن بالاكتئاب .

## الفلاسفة

على حين يعد « الاكتئاب » مصطلحا مألوفًا بالنسبة لمعظم الناس ،  
كما يبدون تفهما وجدانيا له فإنه يفتقر برغم ذلك الى تعريف دقيق .  
وقد اتضح للعيان ، أنه مرتبط على نحو وثيق بالبعد التقليدي المعروف  
« بالسرور / الكدر » ، أما في الطب النفسي فإنه يتم تصويره وإدراكه  
على أنه وحدة مرضية ذات خصائص معرفية ونزوعية وبدنية وسلوكية  
بالإضافة الى خصيصته كإنفعال أو وجدان .

## العداء والغضب والكراهية

تتسم التعاريف المتعلقة بالمفاهيم العامة للإنفعال والعاطفة  
بالغموض والبعد عن الدقة والاحكام ، ويبدو هذا الغموض بشكل أكثر  
وضوحا من خلال مصطلحات مثل : التوكيدية *Assertiveness* العدوان  
*Aggression* العداء *Hostility* الغضب *Anger* الكراهية *Hate* .  
وبرغم وجود ميل الى استخدام العدوان كمرادف لتلك المصطلحات

كلها فانه من الممكن أن نفحص لها معان متميزة جلية بحيث تجعلها دقيقة في التواصل وتبادل الآراء والأفكار .

فالتوكيد ، والعدوان ، والعداء تشير الى السلوك العنفي الصريح ، أو الميل الى السلوك بطريقة معينة مع اختلافها الرئيسي الكامن في الهدف المتضمن لدى الفرد المتصرف بهذه الطريقة . فالسلوك التوكيدي تعبير قوى عن حقوق الفرد وموهبته وقدرته وأفكاره ، ولا يحمل هذا المصطلح أية دلالات أو معان اضافية تتعلق بانتهاك حقوق الآخرين . من ناحية أخرى فقد عرف العدوان بأنه « استجابة هدفها إيذاء كائن (Dollard et al., 1939; P.11) كما يتضمن « ميولا تهدف الى الإيذاء والتدمير » (White & Watt, 1973, p. 151) ، أما مصطلح Hostility فانه يستخدم عادة لوصف العدوان Aggression الذي يتصب على فرد معين أو أكثر . فكل المصطلحين — العداء والعدوان — يمكنان استنتاجات عن نية الفرد وقصده الى إيذاء الآخرين .

والغضب Anger — طبقا لاستخدامه بشكل شائع — يشير الى حالة انفعالية ، « فهو حالة استثنائية فيزيولوجية توجد مع تصرفات مقصودة أو متخيلة تبلغ أوجها في أحداث آثار ضارة بشخص آخر (Kaufmann, 1970, p. 12) والحالة الشديدة للغضب هي الكراهية ، وتتصب على شيء معين شأنها في ذلك شأن العداء . والغضب والكراهية هما عادة النظيران العقليان الواعيان المتممان للعدوان والسلوك العدائي (Young, 1961 ; White & Watt, 1973) . ولكن مرة ثانية ، هذه العناصر المختلفة للحالة الانفعالية لا تترايط بشكل ثابت أو تام ، إذ يمكن للشخص أن يكون عدوانيا دون أن يشعر بالغضب ، كما يمكنه أن يشعر بالغضب دون أن يكون عدوانيا (Kaufmann, 1970) .

وقد أظهر علماء النفس اهتماما متفاوتا بتلك الظواهر . فقد قام « فرويد » والمحللون النفسيون ( انظر الفصل العاشر ) والسلوكيون

( انظر الفصل الثامن ، راجع مثلا : Dollard, et al., 1939 ) بالتفكر في الدوافع والتصرفات العدوانية ، في حين قام المبالجون السلوكيون مثل وولبي (Wolpe, 1958, 1969; Wolpe & Lazarus; 1966) مؤخرا بالتركيز على التوكيدية . كما أظهر الاثنولوجيون ( انظر Lorenz, 1966 ) وعلماء الاجتماع ( مثل Tiger, 1969 ) اهتماما بالعدوان — وعلى كل حال فقد اهتمت دراسة الغضب والكراهية .

### خلاصة واستنتاجات

على الرغم من التاريخ الطويل الذي مر به مفهوم « الوجدان Affect » ، وعلى الرغم كذلك من استخدامه بشكل واسع الانتشار بوصفه مفهوما ذاتيا مغائرا للمعرفة والجوانب المعرفية ، فانه لم يكتسب تعريفا دقيقا أو مقبولا في جميع الأحوال والأمكنة . واتساقا مع روح العصر Zeitgeist صاحب التوجه البيولوجي والذي ساد في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين ، فقد قام « ويليام جيمس » (James, 1890) و « ويليام مكدوجل » (McDougall, 1908) بربط الوجدان بالفيزيولوجيا والدافعية معا على التوالي . وقد أدى هذا الربط بالاقتران مع التأييد العدواني «لواطسون» (Watson, 1913, 1914) لمذهب السلوكية التي اهمال العنصر الذاتي من الاستجابات الانفعالية في النظريات السيكلوجية .

وقد أظهر الاتجاه الشائع في الممارسات الطبية النفسية اهمالا مشابها ، فالطب النفسي تخصص طبي مرتبط بشكل وثيق مع علم الأعصاب ، وقد كان له تأكيد التقليدي على الأمراض وأنواع الطل والأسقام . وعلى الرغم من تقديم «فرويد» والمحللين النفسيين لوجهة نظر ذات اهتمام عقلى قوى الا أنهم قد أقروا نموذجا للعمليات العقلية بحيث اعتمد في اقراره على المفاهيم البيولوجية والانفعالات المصورة لفظيا كقوى بدلا من أن تكون خبرات ( انظر الفصل العاشر ) . ولم

يتم ذلك حتى بلغ المذهب الانساني الكلى مكانة مرموقة في علم النفس على يد كل من : « ماسلو ، روجرز ، رولوماى » ، وذلك في مناخ من الفلسفة الوجودية ، حيث تحدد للخبرة الذاتية من المشاعر والانفعالات دور مهم . وانه لما يؤسف له أن هؤلاء العلماء النفسيين على الرغم مما كانوا عليه من قوة في فهمهم وتعاطفهم الا أنهم ضعفاء في التحليل والتعريف على نحو يسئ الى سمعتهم وشهرتهم (انظر الفصل العاشر) .

وفي السنوات الأخيرة أصبح العلماء يفترون الى بعض الانفعالات كالحب والجنس والغضب والكراهية من خلال اطار اجتماعى ، وعلى أنها مشكلة اجتماعية على الأصح لا داخلية نفسية . وبالتالي فقد أصبحت تفهم على أنها مشكلة سلوكية أو نزوعية (ارادية) ، كما أصبحت هى والقلق معا موضوعا اهتم به المعالجون السلوكيون منهم والبيثيون ( انظر الفصل الثالث عشر ) لا المعالجون النفسيون التقليديون ( انظر الفصل الثانى عشر ) . أما بالنسبة للاتجاه السائد في الممارسات العلاجية النفسية ، فقد ظل بيولوجيا ومايزال كذلك في الواقع ، اذ يستخدم العلاج الكيميائى الذى يعد أكثر طرق العلاج شيوعا في معالجة جميع الاضطرابات الوجدانية الانفعالية ، كما يستخدم العلاج الكهربى التشنجى ECT مع الاكتئاب ( انظر الفصل الحادى عشر ) .



## الفصل السادس

### اضطرابات النزوع والشخصية والخلق

يعد النزوع Conation ثالث ثلاثة مجالات تقليدية في الدراسات النفسية ، ويهتم بصفة أساسية بالسلوك المكافح أو الهادف الغرضي ، حيث يتضمن موضوعات كالارادة والرغبة والنفوذ والدفعة الشعورية . وقد كانت الارادة Will مفهومه الأساسى الذى تركزت الاهتمامات حوله ، ولكن مفهوم الارادة اما أنه قد تم رفضه أو تجاهله فى الاتجاه السائد فى السنوات الأخيرة من علم النفس التجريبي الأكاديمي نظرا لأن الأخير ليس لديه المناهج القادرة على جعل مثل هذا المفهوم موضوعيا (Thorne & Piskin, 1978) . وتبعاً لذلك فقد ابتعد عن مفهوم «النزوع» بصفة عامة ، ليحل محله مفهوم «الدافعية» Motivation ودراسة الدافع ، والميل الى الاستجابة ، وقوة المعادة ، واليقظة ، والانتباه ... الخ .

وبرغم ما حدث من تغير فى علم النفس الأكاديمي فإن المفاهيم الأصلية للنزوع داخلة ضمنياً فى كثير من نظريات الطب النفسى ، وفى الفئات التشخيصية . وفى الحقيقة ، يمكن ملاحظة اضطراب ما من اضطرابات «النزوع» فى كل شكل من أشكال المرض العقلى . كما تمكن مشاهدته فى أبسط صورة أما كرفض عدوانى لطريقة الحياة المقبولة اجتماعياً ، أو كاستسلام سلبي للعجز عن تقبل هذه الطريقة (Zillboorg & Henry, 1941)

وبالنسبة لمعظم الفلاسفة الغربيين فانهم يؤمنون بالارتباط الوثيق بين مفاهيم النزوع ومفاهيم الوعي أو الشعور والتفكير المنطقي المعقول (Goldfried & Merbaum, 1973) . فهي أكثر المفاهيم خطورة على الأرجح في علم النفس برمته ، ومع ذلك فمن النادر أن تجدها معرفة . وهي من الخطورة والأهمية الى حد جعل « ويليام جيمس » (James, 1890, vol. 2, p. 486) ينظر الى التعريف الرسمي على أنه عقيم لا طائل تحته :

« فالرغبة والأمنية والارادة حالات عقلية يعرفها كل انسان، ولا يمكن لأي تعريف أن يجعلها أكثر وضوحا وجلاء » .

وهتى اذا لم يكن التعريف ضروريا ، فانه من المسموح به أن نلقى بعض الأضواء على هذه المفاهيم وبخاصة تلك المفاهيم الأساسية المتعلقة بالارادة والدافعية .

### الارادة وقوة الارادة

يعتمد مفهوم « الإرادة » Will على استنتاج مأخوذ من سلوك قابل للملاحظة ومتعلق بالعوامل المحددة لذلك السلوك . وقد نمت هذا المفهوم بالاقتران مع مفهوم « قوة الارادة » Will-power المرتبط بهدف تفسير استمرار السلوك ومثابرتة في مواجهة الصعوبات . ويشير اليه غالبا بـ « المثابرة » Persistence أو « الدأب والمواظبة » Perseverance فهو شبيه اذن بمفهوم « القصور الذاتي أو المداومة » Perseveration : اذ تشير هذه المصطلحات جميعا الى استمرار السلوك ودوامه . ولكن « المثابرة » و « المواظبة » هما فقط المفهوم اللذان يتضمنان تحكما اراديا أو « قوة الارادة » .

وقد وضع افتراض يقضى بأن الفرد اذا قام بأداء مهمة ما فانه يقوم بها لكي يبلغ هدفا ما ، لا ليؤدى شيئا ما فحسب ، وأن السلوك



الانسانى موجه نحو هدف ما ، وهذا الهدف جلى متميز عن السلوك الذى يحققه . فاذا حدث تغير فى شكل الهدف وموقعه ، ثم تبع ذلك تغير مناسب فى السلوك الذى ينشد تحقيق هذا الهدف فانه يمكن حينئذ الحكم على الفرد المتصرف بأنه «مثابر» أو « مواظب دؤوب » أو « قوى الارادة » ، فالفرق بين هذه المصطلحات الثلاثة يعكس اذن مقدار الجهد المبذول فحسب .

من ناحية أخرى فان «الداومة» تفترض غفلة معينة عن السلوك ، فالسلوك ليس «وسيليا» ، أى ليس له أثر فى انجاز أى هدف يبتغى يمكن التعرف اليه ، اذ يميل الى التأثير فقط بالتدخل المباشر فى السلوك ذاته .

وقد عنيت الاختبارات القديمة.الخاصة بقوة الارادة (Fernald, 1912 ; Bronner, 1914 ; Downey, 1923) بقياس قدرة الفرد بصفة جوهرية على الاستمرار ببساطة فى أداء مهمة بغضبة أو مرهقة ، ومن هنا لم تقم بالتفريق بين «المثابرة» و «الداومة» .

## الدافعية

لا يوجد اجماع بين المختصين فى علم النفس الأكاديمى على تعريف الدافعية Motivation . فقد عرفها «يونج» (Young, 1961, pp. 23-4) بأنها « عملية تتضمن استحثاث الأداء أو تنبيه الفعل ، وتقوية النشاط الجارى ، وتنظيم أسلوب النشاط » . كما قدم «بيندرا» (Bindra, 1959) اقتراحا يقضى بأن النشاط فى ذاته هو موضوع البيولوجيا ( علم الأحياء ) ، وأن علم النفس يهتم بالتساؤل عن السبب فى قيام الفرد بفعل شئ ما دون شئ آخر . وقد حدده «ماير» (Maier, 1949) بدرجة أكبر حيث قصره على دراسة السلوك الموجه نحو هدف من الأهداف . أما التعريفات الأوسع للدافعية فتشمل

المتغيرات الاجتماعية والبيولوجية بالإضافة الى المتغيرات النفسية ،  
بينما ركزت التعريفات الأضيق اهتمامها كلية في مفهومات نزوعية ارادية  
كالأسباب والأهداف . وتقع مفاهيم الدافعية الاساسية في الطب النفسى  
— مثل قوة الأنا و ارادة الحياة ، و ارادة القوة ، والدافعية للتخير —  
عند نقاط مختلفة من هذه السلسلة .

## قوة الأنا

ينبغ مفهوم قوة الأنا *Ego-strength* مباشرة من تصنيف  
«فرويد» للأداء العقلى ، حيث صنفه الى عمليات ثلاث هي : الهو والأنا  
والأنا الاعلى . وعمليات الأنا معرفية عقلية بصفة أساسية ، ولكنها  
تتضح في قدرة الفرد على التفاعل بشكل مناسب ( أى بشكل منطقي )  
مع بيئته الخارجية . فإذا كان سلوك المرء مناسباً فإنه يعد ذا قوة أنا  
جيدة ، فليست هناك اهتمامات غير ملائمة أو مناسبة بالقضايا  
الأخلاقية ، كما أن دفعاته الانفعالية يتم التحكم فيها جيداً ، بالإضافة  
الى استجابته للاجباطات والمحن باتزان ورباطة جأش .

## ارادة الحياة

ان الافتقار الشديد الى قوة الأنا — حيث لا يتفاعل المرء بالمرة  
مع بيئته — قد ينظر اليه على أنه افتقار الى الدافعية الى الحياة ،  
أو ارادة الحياة *Will to live* .

وحين يواجه الناس وضعا محبطا لهم ، أو أى موقف ملئ بالضغط  
فلأنهم يبدون ضروبا عديدة من السلوك . ومن بين تلك السلوكيات  
الاستسلام ببساطة ، أو قيامهم بترويض أنفسهم على تقبل أى شئ  
قد يحدث ( انظر الفصل الثامن ) . فإذا شكل الموقف الملىء بالضغوط  
تهديدا للحياة — كذلك الظروف التى تواجه عند الإقامة في معسكر  
اعتقال للأمرى في وقت الحرب ، أو عند الابتلاء بعرض بدنى معجز

مزمّن — فانه ينظر الى الاستسلام أو ترويض الذات حينئذ بصفنه  
انعداما للرغبة في الحياة ، كما يعد عرضا ملازما لمرض الاكتئاب •

### ارادة القوة

من بين الفروق الفلسفية بين « ألفريد أدلر » و « سيجموند  
فرويد » والتي نجدها في دراستهما للشخصية ، أن « أدلر » يؤمن بأن  
العنوان عامل محدد للسلوك أكثر أهمية من الجنس • وقد قام في  
البداية بتصور هذه الفكرة فيما يتعلق بـ « ارادة القوة » Will  
to power ولكنه تحول فيما بعد عن هذا المفهوم ليحل محله مفهوم  
« الكفاح من أجل التفوق » Striving for superiority والذي كان أكثر  
شهرة من سابقه ( انظر الفصل العاشر ) ، ومع ذلك فان كلا المفهومين  
يركزان على رغبة الفرد وهدفه العام •

### الدافع الى التغيير

إذا أخفق العلاج النفسي ( انظر الفصل الثاني عشر ) في احداث  
ما يتوقع من تغيير نافع في سلوك المريض فانه يمكن الزعم بأن المريض  
كان يفتقر الى « الدافعية للتغيير » Motivation for change  
وتستخدم «الدافعية» بهذا المعنى مرادفا لعامل داخلي محدد للسلوك  
كالرغبة أو الحاجة أو الارادة (Appelbaum, 1972) ، كما أنها اختيارية  
جدا : ففي الأنشطة والسلوكيات الأخرى يثبت المريض أن لديه قوة  
ارادة ، ولكنه في اطار العلاج النفسي لا يملك الارادة لتغيير سلوكه  
الى الاتجاه المرغوب فيه من الناحية العلاجية •

فالفرق بين هذا المفهوم وافتراس علماء النفس الذين يركزون  
على الجوانب الذاتية بأن مرضاهم — بمقتضى كونهم حيوانات انسانية —  
لديهم القدرة الفطرية التي تمكّتهم من ادراك حياتهم وسلوكهم بأقل  
قدر ممكن من المساعدة الخارجية ( انظر الفصل الثاني عشر ) ، نقول :

الفرق بين هذين ، هو بصفة جوهرية فرق بين الحتمية النفسية والحتمية البيولوجية .

### الانتباه وإرادة القوة Attention and Will-power

تتضمن المفاهيم الثلاثة : الأمنية والرغبة والهدف انتباها . ومن وجهة نظر عقلية فانه لابد لهذا الانتباه أن يكون محددا أساسيا للسلوك . والانتباه متضمن في مفهوم «ماكدوجال» (McDougall, 1908, p. 25) المسمى «مفهوم الخريزة» والذي عده بمثابة العامل الأساسي المحدد للسلوك . وقد عرفه بوصفه :

« ميل بدنى نفسى موروث أو فطرى يميل صاحبه على ادراك موضوعات من فئة معينة ، وعلى الانتباه اليها ، كما يحمله على أن يمانى اثاره انفعالية من نوع معين عند ادراك هذا الموضوع ، وأن يتصرف بطريقة معينة فيما يتعلق به (بالوضوع) أو يجرب على الأقل الدقعة الى مثل هذا التصرف » .

وقد تصور كل من « ويليام جيمس » (James, 1890, pp. 561-2) و «ماكدوجال» (McDougall, 1908, p. 209) مفهوم الانتباه بوصفه مظهرا جوهريا «للإرادة» :

« يتمثل الانجاز الجوهري للإرادة — باختصار — في عناية هذا الانجاز — حين يكون أكثر ارادية واختيارا — بموضوع صعب بحيث يوليه اهتمامه ، كما يسارع العقل في الاحتفاظ به وتقييمه (James, 1890, p. 562) .  
فجهد الانتباه اذن هو مظهر الإرادة (James, 1890, p. 562) .

كذلك فان :

« جهد الانتباه هو الصورة الجوهرية للإرادة أو الاختيار

كله ، وهذه المياعة العملية الارادية — أى الاحتفاظ بفكرة  
فى مركز الوعى أو الشعور بوساطة جهد الانتباه — يشمل  
كل شاهد من شواهد الاختيار أو الارادة (McDougall, 1908, p. 209)

من ناحية أخرى فان هناك تصورين متقابلين للانتباه هما : الانتباه  
الاجرائى Operant ، وانتباه المستجيب (Ullmann & Respondent).  
(Krasner, 1969) فالأول عملية نشطة ينظر فيها الى الفرد بوصفه  
موجها انتباهه اليها (Berlyne, 1951; Santostefano & Stayton, 1967)  
وهذا هو المفهوم الذى أقره « جيمس ، ماكدوجال » • وهو نزوعى  
ارادى بكل وضوح • أما انتباه المستجيب فهو أكثر سلبية ، اذ يقوم  
الفرد بإكراه انتباهه على « الانجذاب » أو « الالتفات » الى أشياء أو  
أحداث فى بيئته (White, 1964; Easterbrook & Costello, 1970)  
كما يعد أكثر شها بعملية عقلية معرفية •

كذلك فان هناك فارقا يمكن ايجاده بين « اتساع breadth  
الانتباه » و « الانتباه الانتقائى Selective » فالأول مرادف فى معناه  
لـ « اتساع الادراك » ( انظر الفصل الرابع ) ، اذ يقصد به المقدار  
الكلى للمعلومات التى يمكن الانتباه اليها فى أى وقت واحد من الأوقات ،  
وهو شبيه بمفهومى « الانتيقظ alertness » و « السهر Wakefulness »  
أما « الانتباه الانتقائى » فيقصد به القدرة على الانتباه لمصدر واحد  
فقط من مصادر المعلومات العديدة المتاحة معا فى وقت واحد ، ومن  
الجانز أن يكون اجرائياً أو مستجيباً •

ولقد افترض أن اضطراب الانتباه الانتقائى — أى العجز عن  
اختيار ما يدخل من معلومات حسية أو ادراكية ، أو العجز عن الانتباه  
لها وتنظيمها — هو الشذوذ الأساسى فى الفصام :

(Payne, Matusek & George, 1959; Welkowitz & Blewitt 1959 ;  
McGhie & Chapman, 1961 ; Shakow, 1963) .

## التركيز Concentration

هناك تشابه واضح بين الانتباه الانتقائي والتركيز ، حيث يتضمن كل منهما مفهوم الإرادة والمثابرة . والعجز عن التركيز عرض شائع من أعراض القلق (Nemiah, 1974) ويهمل إلى الارتباط بعجز الإرادة أو فقدانها ، في حين يعد الميل إلى الاستحواذ على انتباه الفرد وتوجيه قوى تركيزه من قبل الآخرين خصيصة مميزة للايحائية (القابلية للإيحاء) .

## عجز الإرادة أو فقدانها Abulia

استخدمت بعض المراجع القديمة ، وكذلك أدلة تعليمات استخدام الاختبارات النفسية ذات الاتجاه التحليلي النفسي — استخدمت — مصطلح عجز الإرادة ( انظر مثلا : Hutt & Briakin, 1960 ) ، وهذا المصطلح — شأنه في ذلك شأن مصطلحي النزوع Conation والإرادة Will — لم يعد شائع الاستخدام . وبرغم ذلك فقد استخدم لوصف وضع يواجه فيه الفرد صعوبة ضخمة في تقرير ما يفعله ، وفي الاحتفاظ بقراره والتمسك به .

## الايحائية Suggestibility

يقصد بالايحائية ميل الفرد إلى التأثير بأفكار الآخرين وتصرفاتهم لا بأفكاره وتصرفاته نفسه . وقد عدت مظهرا سلوكيا للاتكالية والاعتماد على الغير (Wiggins et al., 1971) وترتبط بتشخيص الهستيريا (McMahon, 1976) ، كما ترتبط بالطرق الفنية للعلاج النفسي والتتويم الايحائي ( الفصل الثاني عشر ) ونمذجه modelling السلوك المرغوب فيه ( الفصل الثالث عشر ) .

## اضطرابات النزوع (الإرادة) كأعراض للمرض العقلي

كما سبق أن أشرنا فإنه يمكن ملاحظة أي اضطراب من اضطرابات

النزوع في كل صورة من صور المرض العقلى اما كرفض عدوانى لطريقة الحياة المقبولة اجتماعيا أو كخضوع واستسلام للعجز عن تقبلها (Zilboorg & Henry, 1941) • ويمكن ادراك الرفض العدوانى وتصوره اما بوصفه عنادا وتصلبا أو بوصفه عجزا عن التحكم في السلوك الارادى • أما الاستسلام للعجز عن التقبل فيمكن تصوره بوصفه افتقارا للدافعية أو قوة الارادة •

### الافتقار الى الدافعية/ارادة القوة

تعرضنا سابقا للحديث عن بعض المفاهيم العامة مثل قوة الأنا و ارادة الحياة ... الخ • وبالإضافة الى تلك المفاهيم العامة فان الافتقار الى الدافعية يعد عرضا أساسيا لاضطرابات معينة في الشخصية ، وسنتعرض فيما يلى لاضطرابات الوهن (الضعف) العصبى أو النيوراستينيا والهستيريا ، والفصام الكلى •

### الوهن (النهك) العصبى أو النيوراستينيا Neurasthenia

يقصد بالنيوراستينيا الضعف أو الوهن العصبى العام ، اذ يعد المريض به غير قادر على تحمل الجهد على نحو مميز (Chrzanowski, 1974) • وقد وصفه «جانيه» (Jazet, 1925) بأنه حالة ممتدة من الارهاق والتعب دون أن يكون لها أساس جسمى • كما افترض أن تكون هذه الحالة ناجمة عن اكتئاب ذهانى •

وقد نشأ مفهوم الوهن العصبى (النيوراستينيا) في القرن التاسع عشر ، حيث نبعت فكرته أصلا من النموذج الميكانيكى للجهاز العصبى الذى انتشر في ذلك الوقت موحيا بأن الخلايا العصبية مثل البطاريات ، اذ تتوقف عن العمل أو تضاب بالارهاق والتعب نتيجة لاستخدامها فترة طويلة أو للإسراف في استخدامها • ويعمد الوهن العصبى نذيرا بكل الاضطرابات العقلية الأكثر شدة وقسوة ، أو مظهرا

مقسما بأمارات الاضطرابات العقلية ومنذرا بها ، وتشمل هذه الاضطرابات الصرع والخذل Paresis أو الشلل العام الخفيف . ويشتمل مفهوم « الانهيار العصبي » حاليا على هذه الدلالات .

وقد قام «فرويد» (Freud, 1895 b) بتقليص التعريف وتضييقه بأن اقترح التفريق بين العصاب النفسى Psychoneurosis والعصاب الحقيقى . ويتمثل هذا الأخير فى الوهن العصبى وعصاب القلق وتوهم المرض ، كما افترض «فرويد» أن العصاب الحقيقى ينشأ لا عن اجهاد النفس بالعمل عموما ، بل نتيجة للممارسات الجنسية الشاذة التى تعوق تبدد المواد الكيماوية وتفرقها أو ما يسمى بالسميات toxins .

كذلك فقد افترضت بعض المراجع — ( انظر مثلا : Gottesfeld, 1979, p. 1 — أن الوهن العصبى لم يعد بعد مرضا يتعرف عليه أو يعالج . ومن المحتمل أن تكون هناك عودة الى الوصف الذى قدمه «جانين» للوهن العصبى ، وأن تلك الأعراض التى سميت سابقا بالوهن العصبى أو النيوراستينيا يطلق عليها الآن اكتئاب .

## الهستيريا Hysteria

من بين الأمثلة الزاخرة بالاثارة والمعبرة عن انعدام الارادة لدى المريض عجزه عن تحريك أجزاء من بدنه — الشلل — برغم انعدام القصور البدنى أو العصبى . ويعد فقدان القدرة على استخدام الأطراف والأعضاء السليمة صحيا وفيزيولوجيا وعصبيا عرضا تقليديا ملازما للهستيريا التحولية .

## الفصام Schizophrenia

كما سبق وأن أشرنا فى الفصل الثانى فان الفصام من الناحية التاريخية يعد — على الأرجح — أكثر أشكال المرض العقلى تمتعا بذكر الباحثين له على مستوى واسع ، كما يتمتع بمعاودة بحثه والكتابة عنه



بشكل متكرر • كذلك فانه على الأرجح أكثر الأمراض العقلية تعريفاً  
وتحديدًا ، ولسوء الحظ فان قلة قليلة من تعريفاته تنسم بالانسجام  
التام مع بعضها بعضا •

ومن أعراضه التي تكرر ذكرها الى حد يعيد الهلوس والتوهامات  
( أحدهما أو كلاهما ) ، وكذلك الانسحاب السلوكي الذي يجعل الفرد  
أكثر انعزالا عن العالم من كونه ذا تأثير معطل للمجتمع وموقع للفوضى  
فيه • وقد ذكر هذا الانسحاب بوصفه « ضعفا في ارادة المرضى  
بالفصام ، وترددا وحيرة من جانبهم » مما يؤدي الى اعاقة تنفيذ كثير  
من أفكارهم واندفاعاتهم (Mayer-Gross, Slater & Roth; 1960; P.247)  
ويبدو هذا الانسحاب أكثر وضوحا في الفصام التخشبي •

ومن أعراض الفصام التخشبي ما ورد ذكره بشكل متكرر من ميل  
ذراعى المريض ورجليه ووضعه البدني بشكل عام الى الاستمرار والبقاء  
في الوضع الذي وضعت فيه بوساطة شخص آخر — وهو عرض يشار  
اليه بـ « المرونة أو اللدانة الشمعية » *Waxy flexibility* • ونظرا  
لأن هؤلاء المرضى يطيعون الأوامر بصورة آلية أو يحاكون سلوك  
الآخرين ، أى محاكاة الأفعال *echopraxia* ، ويكررون عباراتهم أى  
ترديد الألفاظ *echolalia* بشكل تلقائي ، فانهم قد يميلون الى أن  
يكونوا أكثر قابلية للإيحاء وسهولة التأثير الى حد كبير بأفكار الآخرين •

ان جمود المصابين بالفصام التخشبي في أماكنهم ، وبقائهم  
بلا حركة لفترة طويلة قد لا يعد إشارة دالة على ضعف ارادتهم ، فلقد  
افترض بعض الباحثين امكانية اعتبار هذا الجمود مقاومة فعالة ونشطة  
من جانب المريض ، كما لو كان يخشى الوقوع طوعا أو عمدا في خطأ قد  
يصل بقلقه المرتفع أصلا الى وضع خطر (McNeill, 1970, p. 100) •

## فقدان التحكم الإرادى Loss of Voluntary Control

لا يبعد الاخفاق فى التصرف أو اظهار روح المبادرة الطريقة الوحيدة التى يمكن من خلالها الكشف عن الافتقار الى قوة الإرادة ، فربما كانت لدى الشخص رغبات أو حوافز أو دغعات قوية جدا مما يحتم المجتمع كبها وضبطها ، بينما الفرد عاجز عن التحكم فيها • ومن الأمثلة العامة لذلك: التخشب ، والرهاب أو المخاوف المرضية بأنواعها ، والسلوك الوسواسى القهرى ، واللوازم أو الخلجات •

### التخشب Catalepsy

يتميز التخشب بانقباضات أو تقلصات لا ارادية ، كما يقسم بثبات واستقرار الوضع الذى تتخذه كل أجزاء الجهاز العضلى فى الجسم أو أى جزء منه • ويعتقد كذلك بأنه يحدث فى الفصام — وبخاصة النوع التخشبى — كما يحدث فى الحالات الشديدة من الهستيريا ، كذلك يمكن مشاهدته فى الحالات المتطرفة من رد الفعل ضد الخطر أو الاستجابة للتنبه (Rosen, Fox & Gregory, 1972 ; Kroger & Fezler, 1976)

### حالات الرهاب أو المخاوف الشاذة Phobia

سبق تعريف «الرهاب» فى الفصل الخامس — طبقا للتصنيف الدولى التاسع للأمراض ICD-9 — بوصفه مخاوف شديدة من أشياء أو مواقف قابلة للتعين والتحديد • ولكن هناك مظهرا آخر للرهاب يمكن ادراكه وتصوره اما بوصفه سلوكا اجابيا (Marks et al., 1975 ; Stern & Cobb, 1978 ; Bootzin, 1980) أو بوصفه « رغبة اكراهيمية » انتقادى موضوع الخوف أو الموقف المثير له (APA, 1980) • وطبقا لتعريف الرهاب على هذا النحو فهو عجز عن التحكم

في الاستجابة الانفعالية وفي الاقتراب من شيء ما معروف بأنه لا يؤذى ولا يضر .

### السلوك الوسواسي القهري Obsessive-Compulsive Behaviour

يقصد بهذا النوع من السلوك الانشغال الشعوري المتطرف بفكرة أو مجموعة من الأفكار (الوسوسة) ، والعجز عن الحيلولة دون القيام بأفعال معينة (القهر) وقد يحدث أحدهما أو كلاهما . ويمكن المعاناة من هذا السلوك بوصفه محركا داخليا قويا أو دفعة الى القيام بأفعال تافهة أو لا معنى لها ولا هدف ، بحيث يشعر الفرد أنه لا يملك الا قدرا ضئيلا من التحكم فيها (Lewis, 1935; Mayer-Gross, Slater & Roth, 1960; Carr; 1974) . ومن ناحية أخرى ، فإن السلوك الوسواسي القهري بدلا من رفعه لمستوى القلق لدى المريض فإنه يقع على نحو عادي عندما يكون المريض في مستوى عال من القلق مسبقا ، ويميل الى التخفيف منه (Carr, 1970, 1971) .

وكما فعل «كربيلين» قبل «فرويد» ، فقد قام الأخير باستخدام مصطلح Zwangsneurose وعد مضمون التفكير — أى الدفعة الى التصرف بدلا من التصرف نفسه — ذا أهمية جوهرية . من ناحية ثانية، فإن Zwang قد أصبحت تعنى «الوسواس obsession» في الترجمات البريطانية ، و «القسر Compulsion» في الترجمات الأمريكية . أما المؤلفون الذين جاؤا بعد ذلك وانطلقوا في عملهم على الأرجح من الترجمات بدلا من الرجوع الى اللغة الألمانية الأصلية ، والذين حاولوا الاتصاف بالشمولية واتساع النظرة فقد وضعوا مصطلح «وسواسى — قهري» . وقد سهل ابتكار ذلك المصطلح التعرف الى جانبين مختلفين للاضطراب : أولهما الوسواس obsession الذى يشير الى محتوى التفكير ومضمونه ، وثانيهما القهر أو الاكراه compulsion والذى يشير الى السلوك .

ويتضمن السلوك الوسواسى القهرى — على نحو نموذجى — الاتقان Elaboration المتكرر بشكل نمطى طقوسى لطائفة من السلوك اليومى كالذهاب للسريـر للنوم ، وغسل اليدين ، وتغيير الملابس ... الخ (Freud, 1895 a) وقد أكد «شنايدر» (Schneider, 1925) على أهمية ادراك المريض لتفاهة سلوكه وظوه من أى معنى . من ناحية ثانية فقد عد آخرون (Lewis, 1935 ; Mayer-Gross, Slater & Roth, 1960) ادراك المريض لتفاهة سلوكه أمرا ثانويا ، ان ما أكدوا عليه هو المقاومة الداخلية للتفكير أو الفعل ، والتي يقوم القسر بالتغلب عليها وقهرها .

### اللازائم والخلجات Tics

اللازمة هى تقلص أو انقباض فى العضلات المخططة Striated muscles ، يأتى بشكل مفاجئ ووجيز ، كما تتميز بعفويته وظوه بشكل واضح من الهدف ، بالاضافة الى تكرره بصورة الزامية لا ارادية (Ascher, 1974) . وتحدث فى الغالب الأعظم بين عضلات الوجه بحيث تبدو فى بربرة العين المتكررة ، وتجميع الجبهة أو الأنف ، ولوى الفم بعنف ، ولكن تسليك الزور وهز الإكتاف قد يكونان من بين تلك اللوازم كذلك (Fish, 1967) ، وقد تشمل اللوازم كل جزء من أجزاء البدن تقريبا فى الحالات المتطرفة (Ascher, 1974) .

ويؤمن بعض الأطباء النفسيين بأن المريض لديه استعداد فطرى الى اتيان اللوازم (Fish, 1967) ، على حين يرى آخرون أن اللوازم تتحدد على أساس سيكولوجى . أما غيرهم ( انظر مثلا : Friedreich, 1881 ; Meigs & Feindel, 1902, 1907) فيؤمنون أن اللوازم هادفة ، كما عدوها أفعالا منسقة فى وقت من الأوقات ، بحيث تصبح آلية فى وقت لاحق . وتقع كثيرا بالأسلوب ذاته الذى تضمنه مبدأ «أولبورت» (Allport, 1937, 1961) « الاستقلال الوظيفى للدوافع » ، مع الجالفة فى شكل اللازمة وشحتها وتكرار حدوثها .

ولابد من تمييز اللوازم عن غيرها من الأعراض المتصلة بالأعصاب مثل التقلصات العضلية اللاارادية Spasms والرعشات tremors والحركات الشبيهة بحركات الفوريا أو الرقاص (\*) Chorea ، ولكن هذا التمييز أمر صعب نظرا لأن المريض قد يحاول إخفاء الحركات الشبيهة بحركات «الفوريا» بتحويلها الى حركات ارادية أو اعتيادية : فرعشة الذراع المفاجئة قد يمكن متابعتها بحيث تأخذ اليد الى الرأس لتلمس الشعر وتمهده ، أو لتلاطف الذقن وتمسده ، وقد يستمر المريض في تدوير رأسه أو رقبته بحيث يحولها الى النظر الى كتفيه ... الخ (Fish, 1967).

وترتبط تلك اللوازم مع تشخيصات كل من الهستيريا التحولية ، وعصاب الوسواس القهري ، والاضطراب الشديد في الشخصية الوسواسية القهرية (Ascher, 1974 ; Abbe, 1974) . كما تختلف عن التصرفات القهرية بحكم كونها لا ارادية ، ويمقتضى الحقيقة القائلة بأن اللوازم قد تقع دون وعي المريض بها ، بينما الفرد في التصرفات القهرية يكون عادة واعيا بها ، ولكنه عاجز عن التحكم فيها . (Purves-Stewart & Worster-Drought, 1952 ; Bockner, 1959) وكما هو الحال في الوسواس فإن اللوازم ترفض بل تقاوم معظم أشكال العلاج النفسي (Yates, 1970) .

### السلوك العدوانى Aggressive behaviour

لقد عرف السلوك العدوانى بأنه سلوك يتضمن الهدف أو القصد الى إيذاء شخص آخر (Dobard et al., 1939 ; White & Watt, 1973) . ان التعبير « الهدف أو القصد » يتضمن العزم والتصميم — أى أن الفرد يتصرف لكي يحدث نتيجة معينة — وهذا يعد جانبا جوهريا وأساسيا من جوانب تعريف العدوان (Feshback 1964 ; Kaufmann, 1965) . وقد نبئت جذور هذا التعريف في النظريات التي

---

(\*) اضطراب عصبى يتسم باختلاجات عصبية في الوجه والاطراف (المراجع) .

وضعها «فرويد» (Freud; 1914; 1920) و «ماكدوجال» (McDougall; 1908).

وطبقا لتعريفه على هذا النحو فان العدوان متغير وسيط Intervening (Kaufmann, 1965) وربما قدم هذا التعريف تصويرا للمشكلة الواقعية المتمثلة في البرهنة على توافر مثل هذه النية لدى الفرد (Kahn & Kirk, 1968) ، ولكن هذا التعريف يتيح لنا فرصة القيام بايجاد عدد من الفروق النافعة ، وبخاصة الفرق بين السلوك التوكيدي والسلوك العدوانى ، والفرق بين السلوك العدوانى والضرر التصادفى غير المقصود .

فايذاء شخص آخر — بالنسبة للأطفال على وجه الخصوص — قد لا يكون الهدف الأساسى للسلوك ، ولكنه وسيلة الى غاية أبعد ، ألا وهى الحصول على اهتمام الآخرين ممن لهم أهمية خاصة فى البيئة. فمثل هذا السلوك قد أشير اليه بوصفه «عدوانا وسيليا» Instrumental (Feenback, 1964).

ان السلوك العدوانى فى حد ذاته لا يعكس فقداننا للتحكم الارادى، بل هو نوع من السلوك الذى يحيطه المجتمع بقيود قاسية ، ولكن هذه القيود يمكن انتهاكها عمدا . فاذا وقع السلوك العدوانى نتيجة لفقدان التحكم والسيطرة فانه ينسب على الأرجح الى ظروف بيئية مساعدة على التلطيف من خطورته ، أو الى أخذ ما يزيل الكف أى ما يسبب الاستثارة كالكحول ، أو الى اضطراب طبى نفسى مفهوم ضمنا كالهوس الخفيف ، أو يوصف ببساطة بأنه فترة عرضية من سوء التحكم أو الضبط الذاتى .

### عدم التحكم العرشى Episodic dyscontrol

ويقصد به تلك التصرفات أو الأفعال المضطربة ، والتي يشار إليها

في البحوث والدراسات العلمية على أنها « العمل وفقاً للدفعة » ، أو « العصاب الاندفاعي » أو « الدفعة التي لا يمكن مقاومتها » أو « إفراغ الرغبات في شكل خارجي مجسد » (Monroe, 1974) ، تلك الأعمال التي لا يوجد لها دليل أو برهان من فصام أو اضطراب مرضي يشرحها ويفسرها (Martin, 1977) .

إن بعض من يكشفون عن عدم تحكم عرضي من الراشدين كانوا من ذوى النشاط الزائد وهم أطفال (Morrison & Minkoff, 1975) كذلك فإن هذا الاضطراب يرتبط بالخلل الوظيفي البسيط في المخ (Monroe 1970 ; Goldstein, 1974) كما يرتبط بالمقيم الأسرية غير المتساوقة أو المتضاربة المتقلبة والتي تنطلق بالحدوان (Harbin; 1977) Altrocchi, 1980)

### الأموك Amok

وهو أحد الاضطرابات التي ذكرت «بينيديكت» (Benedict, 1934 a) وقوعها في ثقافات ومجتمعات أخرى (كالملايو) لا في المجتمعات الغربية . وأول من قام بوصفه «دينيس» Denny في عام ١٨٩٤ ، وعلى الرغم من نظرة علماء النفس إليه باعتباره قد حدث في الأصل في «ماليزيا» فقط ، فإنه قد ورد فيما بعد ما يفيد وقوعه في «بابوا» و « غينيا الجديدة » ويشبه عدم التحكم العرضي في كثير من الجوانب .

والـ «أموك» كلمة «ماليزية» تعني « الانخراط في معركة بغضب وغضب » ، وتشير إلى سلوك الفرد الذي ينقض مهاجماً من حوله على غير توقع ودون تمييز بين شخص وآخر . وخلال فترة من الزمن يقوم الفرد بالانسحاب ببطء من الاتصال بالمجتمع والاحتكاك به ، كما يميل إلى الجلوس في سكونة مطيلا التفكير . وعندئذ — وفجأة — ودون استقراز واضح يتحول إلى فرد غريب غير طبيعي مندفعاً بقوة نحو أي شخص يصادفه في طريقه (Kline, 1963 ; Westermeyer, 1972) وينتهي الأمر عادة بانتحار الفرد (Westermeyer, 1972) أو بقتله على يد واحد من جيرانه المرعوبين (Langness, 1967) .

وتميل الحالات الأكثر غنفا الى الوقوع فى تلك المجتمعات التى تتطلب كبتها أو قمعا وإخمادا للعداء (Meth, 1974) ولكنه قد يرتبط مع التشخيصات الاكلينيكية للصرع (Adams, 1950-2) والنصام (Zaquitre, 1957) والشخصية المنصمة (Arieti & Meth, 1959) بالإضافة الى الهستيريا (Van Loon, 1928 ; Langness, 1967) .

### النشاط الزائد *Hyperactivity*

يعرف النشاط الزائد لا من حيث تعلقه بمستوى متزايد من النشاط فحسب ، بل من حيث تعلقه كذلك بالموقف الذى يحدث فيه ذلك النشاط أى من حيث تالؤمه الاجتماعى (Schulman et al, 1965) وهو شذوذ سلوكى شائع فى الطفولة ، (Chess, 1960 ; Patterson et al, 1965) ، وقد ارتبط كذلك «بتشخيص الأعراض المخية المزمنة البسيطة» (Paine, 1962) و «بالإصابة المخية الطفيفة» (Pincus & Glaser, 1966) و « بالإصابة الدماغية الطفيفة وكذلك » بالخلل الوظيفى الطفيف فى المخ» (Clements & Peters, 1962 ; Gross & Wilson, 1974) و « بالخلل الوظيفى الطفيف فى الدماغ » (Bax & MacKeith, 1963 ; Gomez, 1967) و «بالاضطراب المتعلق بفرط الحركة والنشاط والاندفاع» (Laufer, Denhoff & Solomon, 1957) و «بمصفويات التعلم النفسية العصبية» (Johnson & Myklebust, 1967) .

### اللاتاء *Ictah*

أشار «ويجروكى» (Wegrocki, 1939) الى هذا الاضطراب فى نقده لقالة هررتها «بينديكت» (Benedict, 1934 a) . وقد تم تعريف «اللاتاء» بوصفه « حالة عقلية يتبع فيها الايحاء فجأة بتصرف يتعذر ضبطه أو مراقبته أو التحكم فيه » (Abraham, 1912) .

وقد قام «أبراهام» بوصف نوعين رئيسيين من اللاتاء : الاندفاعى *impulsive* والتقليدى *mimetic* المتسم بالتقليد والمحاكاة ) ، وهو



تفريق لم يتم تأكيده بالأدلة والحجج . ولكن الشروح والأوصاف الأكثر حداثة قد عدته متميزا بتقليد ما يصدر عن الآخرين من إيماءات وأفعال، أو بقيام الفرد على نحو عكسي بفعل ما يفعله الآخرون أو بفعل ما يتوقع من المريض أن يفعله ، والذي يكون مصحوبا فيما بعد بتعبيرات تبلغ ذروتها في صياح أو انفجار مليء بالشتمات واللعنات والفحش والقذارة ( الكلام البذيء Coproemia بحيث يصعب التحكم فيه ) (Meth, 1974) . وفي هذه الحالة يكون الفرد على دراية بما يفعله ، وعلى الرغم من أن « البدن غالبا ما يكون مكرها بشكل لا يمكن مقاومته على النطاق بتلك الكلمات واتيان هذه الأفعال الا أن العقل ينكر ذلك ويججده على نحو جائز » (Abraham, 1912) .

وقد ربط «أبراهام» (Abraham, 1912) بينها وبين الشخصية الأساسية للماليزيين ، كما غاير بينها وبين المرض العقلي . من ناحية ثانية فإنه ذكر كذلك أن مناخ شبه جزيرة ماليزيا ومجموعة جزر الأرخبيل قد يكون مسئولا عن هذه الحالة مشيرا اليها بوصفها « ومن عصبى (نيوروسثينيا) استوائى (أى يشيع في منطقة خط الاستواء ) » وملاحظا كذلك (1912, P. 439) أنها ربما كانت « نذيرا بما يمكن أن يكون «لاتاء» خلال أجيال قليلة » .

وعلى الرغم من اشتعال «اللاتاء» على بعض الأعراض الملزمة للفصام التخشبى (الكاتاتونى) ، الا أنها قد نسبت الى اخفاق في كبت الدفعات المحوانية لدى فرد مدعن محو الذات (Meth, 1974) .

### الكحولية Alcoholism

هناك اختلاف وتنازع واضح حول مفهوم الكحولية وتعريفها ، وتكمن المشكلة التي حيرت العلماء في نزاعهم حول ما اذا كانت الكحولية عرضا أو مرضا (Marooni, 1967 ; Franks, 1970) . وتؤكد التعريفات

المستخدمة على نحو أكثر شيوعا على أربعة جوانب : أخذ الكحوليات أو تعاطيها بشكل مفرط ، واضطراب العمليات العقلية والنفسية ، وتعطل السلوك الاجتماعي وسلوك العمل أحدهما أو كليهما ، وفقدان القدرة على التحكم في الشرب (Clark, 1966) . ويعد الجانب الأخير منها اضطرابا نزوعيا اراديا بكل وضوح .

### الاعتماد على العقاقير Drug dependence

من الصعب العثور على تعريف منشور يميز العقار « drug » عن الدواء « medicine » أو حتى عن الطعام « food » طبقا لمنظمة الصحة العالمية (WHO, 1978) فإن العقار مادة إذا أدخلت في الجسم فإنها تعدل إحدى وظائفه وتغيرها ، وطبقا للاستخدام الشائع فإنه يشير إلى مادة — لا توجد عادة في الجسم — لها تأثيرها الجوهري على العمليات النفسية مثل الانتباه والتركيز والدافعية أو الرغبة في التصرف .

ويهتم الأطباء النفسيون والمتخصصون في علم النفس المرضى بالعقاقير من وجهات نظر ثلاث :

أولا : أنها منذ فترة طويلة تعد ذات قيمة في علاج الأمراض العقلية والجسدية معا ( الفصل الحادي عشر ) .

ثانيا : أن التأثيرات النفسية لبعض العقاقير — والتي يشار إليها بالعقاقير المحدثة للذهان Psychotomimetic — تبدو مشابهة لاضطراب ذهاني . وقد تميزت سنوات الستينيات وأوائل السبعينيات من هذا القرن بالاستخدام غير الطبي لمثل هذه العقاقير ، وعلى نحو واسع الانتشار ، مما نتج عنه دخول أعداد كبيرة إلى المستشفيات من الشجن الصغار الذين ظهرت عليهم هذه التأثيرات .

ثالثا : هناك اهتمام بهؤلاء الناس الذين يبدو عجزهم عن الاشتغال أو العمل دون عقار معين نتيجة لاستخدامه اما طبقا لوصفة طبية أو لغرض غير طبي .

وتعرف هذه الحالة الثالثة اما بوصفها ادمانا للعقاقير أو اعتمادا عليها ، الى الحد الذى لا يستطيع معه الفرد أو لا يرغب فى العيش دونها . وهذه هى الحالة التى يمكن النظر اليها بوصفها اضطرابا اراديا فزوعيا .

وطبقا لتعريف منظمة الصحة العالمية (WHO, 1985, P. 722) فان ادمان Addicton العقاقير ، والاعتماد Dependence عليها شديهان الى حد كبير بالكحولية Alcoholism :

يعد ادمان العقاقير حالة من السكر أو الثمل أو التسمم الدورى أو المزمن ، وهى ضارة بالفرد وبالمجتمع ، وتأتى نتيجة لاستهلاك عقار ما استهلاكاً متكرراً ، ( سواء فى ذلك أكان العقار طبيعياً أم منتجاً صناعياً ) . وتتضمن خصائصها ما يلى :

(١) حاجة شديدة جداً أو رغبة لا تقاوم (قهر) فى الاستمرار فى تعاطى العقار ، والحصول عليه بأية وسيلة .

(٢) ميل الى مضاعفة الجرعة .

(٣) اعتماد نفسى وأحيانا بدنى على تأثيرات العقار .

وفى الحقيقة فانه يمكن النظر الى الكحولية بوصفها نوعاً خاصاً من ادمان العقاقير (APA, 1980) .

ويتم التفريق أحيانا بين العقاقير المسببة للادمان والعقاقير المكونة للعادة ، إذ تتميز الأخيرة بالاستخدام المتكرر ، والتوق الى العقار ،

وليس لها أى من أعراض الانسحاب الجسمى أو النفسى التى تتميز بها  
العقائير المسببة للإدمان (Tatum et al, 1959) . وكلاهما — مع  
ذلك — متميز بالاستخدام القهرى على الرغم من التغيرات النفسية ،  
والتشوش الاجتماعى ، والتغيرات الجسمية (Ausubel, 1958) .

### السلوك الجنسى الشاذ Abnormal sexual behaviour

يمكن اعتبار السلوك الجنسى شاذاً فى عديد من الطرق • اذ يمكن  
أن يكون عجزاً عن أدائه أو القيام به نتيجة اما لقصور بيولوجى أو  
لكوابع نفسية ، حيث يشار اليه بوصفه خلا وظليفاً Dysfunction  
كما يمكن أن يكون أداء متميزاً بالافراط والاسراف كما فى الشيوعية  
الجنسية Promiscuity ، والهوس الجنسى وشراهة الجماع عند المرأة  
Nymphomania والهوس والشراهة الجنسية عند الرجل Satyriasis  
كذلك فإنه يمكن أن يكون أداء من نوع غير مقبول اجتماعياً ، بحيث  
يشار اليه بوصفه انحرافاً Perversion جنسياً •

ومنذ زمن طويل عدت الغريزة الجنسية أو الدافع الجنسى محدداً  
أساسياً للسلوك الانسانى (McDougall, 1908 ; Haber, 1966)  
وحين تكون قوية فإنه يوجد عنصر من القسر والاكره للسلوك ، وكثير  
من أشكال السلوك الجنسى الشاذ تتميز بعجز واضح عن التحكم فيها  
أو السيطرة عليها • وهذا الافتقار الى التحكم قد تم ربطه بفترات  
لا يسيطر فيها الفرد على سلوكه (Altroochi, 1980) ، ولكن النظر  
الى الانحرافات الجنسية من منظور اجتماعى بالاضافة الى أخذ  
شخصية الفرد وخلقته كذلك فى الاعتبار هو الأكثر شيوعاً مما لو نظر  
اليها فى اطار شخصى ذاتى بوصفها اكرها أو قسراً •

### اضطرابات الشخصية

على الرغم من التركيز المتكرر على السلوك العلنى الصريح ،  
الا أن هناك تأكيداً على الفرد فى دراسة النزوع ، بحيث لا نجد مثل

هذا التأكيد لا في دراسة المعرفة Cognition أو العقل ولا في العمليات الوجدانية Affective ، ففي كل من الإدراك perception والانفعال emotion مثلا هناك ميل الى التأكيد على ما هو مدرك أو محس بـدلا من التأكيد على ما يقوم بالإدراك أو بالشعور . أما في الإرادة أو النزوع Conation فإن التأكيد يتم بقدر متساو على كل من القائم بالسلوك والسلوك نفسه . ويتضح ذلك لا في مفاهيم الإرادة أو النزوع وحده مثل «الرغبة» و « التحكم الذاتي » و « قوة الأنا » ، بل في الترابط الوثيق كذلك بين كثير من المفاهيم الإرادية النزوعية ومفهوم اضطراب الشخصية .

وقد تم تطوير مفهوم «الشخصية» لتفسير ما بين الأهداف السلوكية أو الأساليب ( أحدهما أو كليهما ) من إتساق وانسجام في ضروب عديدة من المواقف البيئية المختلفة . وكما هو الحال بالنسبة لعدد كبير جدا من المفاهيم الرئيسية الأخرى في علم النفس فقد عرفت «الشخصية» بطرق عديدة ومتنوعة ، ولا يوجد بينها تعريف واحد أحرز قبولاً عاماً وشاملاً . وتتراوح هذه التعريفات بين تعريف «أولبورت» (Allport, 1961, P. 28) لها بأنها « تنظيم دينامي يتم داخل الفرد لتلك الأنظمة النفسية البدنية المحددة لسماته وخصائصه السلوكية والفكرية » ، الى تعريف «جيفورد» (Guilford, 1950, P. 5) الذي عرفها بأنها « النمط الفريد لسمات شخص ما » . ويفهم ضمنا من كل هذه التعريفات تأكيدها على العوامل الرئيسية المحددة للسلوك ، والكامنة داخل الفرد لا في البيئة ، وعلى افتراض الثبات أو الاستمرارية في الزمن لتلك المحددات (Mischel, 1969) .

وبالنسبة للأطباء النفسيين فإن السمات الجوهرية الرئيسية للشخصية تميل الى الكمون في اختلافاها عن المرض العقلي وتميزها عنه ، ولكن هناك فارقا أكثر أساسية يمكن إيجاده بين الشخصية السوية العادية والشخصية الشاذة غير السوية .

## الشخصية السوية في مقابل الشخصية اللاسوية

يمكن وصف الناس وتصنيفهم من حيث أحجامهم وأشكالهم ومظاهرهم الجسمية ، ومن حيث منزلتهم أو مكانتهم في المجتمع بالإضافة الى سلوكياتهم واتجاهاتهم . فاذا وصفوا من حيث صفاتهم النفسية كاتجاهاتهم وسلوكهم فان ذلك يعد وصفا للشخصية .

ويمكن وصف السلوك في مستويات عديدة مختلفة ، فبالنسبة للمستوى الأدنى هناك وصف مفصل للسلوكيات المعينة التي تحدث ، كإغلاق قبضة اليد مثلا وإرسالها بسرعة لتلامس أنف شخص آخر . وفي المستوى التالي يتم تجميع سلوك معين ليوضع في فئة أو مرتبة معينة ، كتوجيه ضربة بقبضة اليد الى الرأس . والتي يمكن بالتالي تجميعها في فئة أكبر وهي « التصرفات العدوانية » .

فاذا ساحت فئة معينة من السلوك في جمعة فرد ما ، فانه قد يوصف من حيث تعلقه بتلك الفئة . فمثلا قد ينظر الى الشخص الذي يسلك أو يتصرف غالبا بعدوانية على أنه شخص عدواني أو يقال عنه ان لديه شخصية عدوانية . ويتم في هذا الاطار تعريف الشخصية اللاسوية من حيث سوية سلوكها أو عدم سويته ، والذي يعد خصيصة مميزة لها .

وحتى في المستوى الأعلى من التحليل فانه يمكن وصف السلوك لا من حيث خصائصه التي يمكن ملاحظتها على نحو مباشر ، بل من حيث علاقات فئات السلوك بعضها مع بعض ، ومع البيئة التي تقع فيها هذه الفئات . ففي هذا المستوى يمكن وصف فئات السلوك بأنها منسجمة وقابلة للتكيف . . . الخ . كما يمكن وصف الشخص الذي يتصرف بمثل هذه الطريقة بأنه متصلب أو يعتمد عليه . . . الخ . وفي هذا المستوى من التصور أو الوصف تم وضع معظم تعريفات الشخصية اللاسوية .

وتتميز الشخصية اللاسوية بقدرة تكيفية ضعيفة ، وبالميل إلى خلق المشكلات وجعلها دائمة بدلا من العمل على حلها وانهاؤها ، كما تتميز كذلك بالميل إلى الكثف عن أعراض طبية نفسية تحت تأثير الضغوط النفسية . وقد تبدو قدرة الفرد الضعيفة على التكيف في سلوكه أو تصرفه بالطريقة ذاتها بصرف النظر عن الموقف الذي يجد فيه نفسه ، أو قد تبدو في انشائه للمواقف وتنظيمه لها ، وفي التحكم في أنشطته الاجتماعية بطريقة معينة بحيث لا تتطلب السلوك الذي لا يقدر على اتيانه .

### اضطراب الشخصية في مقابل المرض العقلي

لقد سبق تقديم افتراض يقضى بإمكانية النظر إلى اضطرابات الشخصية بوصفها جزءا من مسلسل يتراوح بين السوى العادى والذهانى ، وبأن الخصيصة أو النمط الثابت لاضطراب الشخصية هو فى الغالب السلوك النمطى الذى يستخدمه الفرد للتعامل مع الضغوط (Salzman, 1974) ، ولكن بينما يصدق ذلك على بعض الحالات فإنه لا يصدق عليها كلها . فالشخصية الهادئة المنسحبة قد يصدر عنها أحيانا سلوك خارجى تجسدى ، وعلى العكس من ذلك فإنه يمكن للشخصية المنبسطة المسترسلة فى مرح ضاخب أن تصبح مكتئبة بائسة .

وبدلا من النظر إلى المرض العقلي بوصفه إبرازا شاذا لخصائص الشخصية السوية العادية ، فإنه يمكن تصويره بوصفه انحرافا وبعدا عن تلك الخصائص . ومن الممكن إيجاد فارق بين انحرافات شخص ما عن السلوك العادى وأشكال السلوك المنحرفة عن السلوك العادى ، حيث تصور الأولى المرض العقلي ، بينما تصور الثانية اضطرابات فى الشخصية (Draguns & Phillips, 1971) . ولكن الشكل الذى تأخذه تلك الانحرافات لم يذكر الباحثون شيئا يتعلق به .

وقد فرق «فولتز» وآخرون (Foulke, et al., 1965) بين خصائص

الشخصية كالسمات والاتجاهات من ناحية وأعراض المرض وعلاماته من ناحية أخرى ، وقد اعتمدوا في هذا التفريق على ثلاثة محكات :

( أ ) السمات والاتجاهات توجد لدى كل فرد ، بينما الأعراض والعلامات لا توجد الا في المريض عقليا فقط .

( ب ) أن السمات والاتجاهات منسجمة نسبيا مع الإثنا ، بينما الأعراض والعلامات مؤلة موجعة اما للمريض أو لأصدقائه وذويه المقربين منه .

( ج ) أن السمات والاتجاهات — وبخاصة الأولى منهما — ثابتة باقية نسبيا ، بينما الأعراض والعلامات زائلة عابرة نسبيا .

ويعد هذا تقريبا شاملا ، تندمج فيه المفاهيم المرضية والنفسية والاجتماعية الحضارية والاحصائية بعضها في بعض ، وبالتالي فهو يدمج معظم الفوارق الأخرى .

### أنواع اضطرابات الشخصية

معظم السلوكيات المحددة التي أشرنا إليها أعلاه قد عدت بمثابة خصائص مميزة للشخصية ، وذلك في نطاق حدوثها في أحوال كثيرة بدرجة كافية أو إذا كانت قد حدثت لفترة كافية من الوقت ، ويتم ذلك عادة ابتداء من فترة المراهقة أو قبل ذلك مبكرا (WHO, 1978) .

### الشخصية القاصرة Inadequate personality

يصف مفهوم « الشخصية القاصرة » الفرد العاجز عن الكفاح للتغلب على مطالب المعيشة الاعتيادية ومشكلاتها ، وعلى الرغم من عدم وجود نواحي قصور عقلية أو بدنية واضحة الا أن الفرد يبدى نوعا من عدم الكفاءة أو البراعة ، وسقامة الحكم وضعفه ، والافتقار الى



القوة البذنية والانفعالية (APA, 1968) ، بالإضافة الى افتقاره الى الرغبة في تحمل المشقة والانزعاج (Shaffer, 1936, P. 318) ان تشخيص الشخصية القاصرة غالبا ما يعد بجديلا للوهن العصبي والفصام البسيط.

ولا توجد أعراض ايجابية لتشخيص الشخصية القاصرة ، فكل الأعراض افتقار الى شيء ما . واستخدام هذه الفئة التشخيصية قد يعكس بالتالي قيم الشخص ( القائم بالتشخيص ) فحسب ، فالطبيب النفسى الميال الى التوكيد والجزم ، المتميز بالطموح والتنافس ، والذي يفرض قيمه على هود يميل الى التردد وقلة الطموح ، كما يميل الى التعاون مع طبيبه - مثل هذا الطبيب - سوف يميل الى رؤية اللاسيوية والخوف من الفشل في مريضه حيث لا تعاني شخصيته من أى اضطراب اللهم الا نوع من التراخي أو الكسل (Salzman, 1974) .

#### الشخصية المنفصمة Schizoid personality

هناك مفهومان مختلفان للشخصية المنفصمة ، فالأول منهما يربط الشخصية بسلوك الأفراد المتميز بالاندفاعية وعدم المسايرة وعدم امكانية التنبؤ به ، وغالبا ما يوجد هذا النوع من السلوك في الأفراد الموصوفين من قبل من لهم معرفة شخصية بهم بالشذوذ أو غرابة الأطوار أو عدم الألفة (Dahlstrom & Welsh, 1960, P. 191) .

أما المفهوم الأكثر شيوعا - من ناحية ثانية - فهو الذى يؤكد على انسحاب الفرد أو انعزاله اجتماعيا ، وعلى ما يواجهه من صعوبات في التعبير عن عدائه ومشاعره العدوانية (APA, 1968, 1980) . فهذا النوع من الأفراد قد أصبح منذ طفولته معزولا اجتماعيا ، كما قد أصبح مفضولا عن أقرانه من الناحيتين الفكرية والانفعالية . وبرغم ذلك فإنه قد يسلم نفسه الى أفكار ونزعات فلسفية لا تستلزم تفاعلا مع الآخرين . (Salzman, 1974) .

### الشخصية الوسواسية القهرية Obsessive-compulsive personality

يتميز هذا النوع من الشخصية بالاهتمام المفرط بالكمال والظن من العيب وفعل الشيء كما ينبغي • وبالتالي فإن الأعراض المحددة التي تبدو عليه تتضمن التصلب والجفاف ، والكف أو الاحجام والتوتر والتردد والحيرة ، والتي تتضارب جميعا مع ما ينشده ، مثل هذا الشخص من كمال (APA, 1968, 1980) .

### الشخصية السلبية العدوانية Passive-aggressive personality

هناك تصوران متعارضان للشخصية السلبية العدوانية • فقد أكد «سالزمان» (Salzman, 1974) على السلبية كطريقة للتحكم في الآخرين والتأثير فيهم ، وبالتالي فقد فسر «العدواني» بأنه «توكيدي مبال إلى الجزم والاصرار» • أما الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA, 1968, 1980) فقد فسرت العدوانية بأنه «عدائي» ، كما تصورت الأعراض المميزة له من عناد ومماطلة وانعدام فعالية مقصود عمدا بوصفها جميعا ناتجة عن مشاعر قوية من العداء ، والتي يعجز الفرد عن التعبير عنها بصراحة • وقد يرجع الكف إلى الاعتماد المتعارض على الشخص أو المؤسسة التي يواجه ضدها العداء ، أو إلى الخوف من النثار والانتقام للتعبير الصريح عن العداء •

### الشخصية الهذائية Paranoid personality

هي شخصية مولمة بالجدل والدفاع بدرجة تؤدي بها إلى العدوانية المفرطة • وتتميز هذه الشخصية بالحساسية الزائدة ، وبالاهتمام الشديد بالمعاني والدوافع الخفية ، بالإضافة إلى تمييزها بالتصلب وبالصرامة والقسوة • وعادة ما ترتبط تلك الشخصية بقدرة عقلية عالية ، وبذاكرة جيدة قادرة على تذكر المعلومات بتفاصيلها الدقيقة وبخاصة توافه الأمور التي حدثت في الماضي • كما تميل إلى المحافظة

على مسافة اجتماعية في العلاقات الشخصية المتبادلة ، والتي هي بالتالى علاقات غير مرضية عادة .

### الشخصية الانفجارية (سريمة الانفعال) Explosive personality

ان نوبات الانفجار أو الهيجان العرضية المرتبطة بالسلوك العدوانى تعد فى بعض الأحيان خصيصة مميزة للشخصية ، مع افتراض وجود اضطراب مفرط كامن شبيه بالصرع . ومثل هؤلاء الناس — بوجه عام — يمكن استثارتهم بسهولة ، كما يعدون عدوانيين ، مفرطين فى استجاباتهم للأمور .

### اضطرابات الخلق

سبق وأن أشار «سالزمان» (Salzman, 1973) الى أنه يمكن التعبير عن خصيصة نفسية ما فى عديد من السلوكيات ، ومن الممكن تقييم هذه الخصيصة طبقا للطريقة التى عبرت عنها . فالسلوك القسرى مثلا حين يتضمن ادمان الكحول فان معالجته تتم بصورة مختلفة عن معالجته اذا تضمن سلوكا جنسيا أو عدوانيا ، أو اذا شمل نوعا من التعلق بالطبوس النمطية الوسواسية فى أداء السلوكيات اليومية المتكررة . ومن هنا فان للاتجاهات الاجتماعية والسياسية والدينية نحو السلوك أهمية موازية لأهمية الخصائص النفسية المميزة فى تقرير الكيفية التى سيمتد بها ذلك السلوك . وانطلاقا من هذا الاطار فقد نشأ مفهوم «الخلق» Character.

وياستثناء بعض الاستخدامات المحدودة بين علماء النفس والأطباء النفسيين التمييزين بالاتجاه النفسى التحليلى فان مصطلح «الخلق» لم يعد مطابقا للاستخدام السائد اليوم . فمن ناحية تاريخية ، استخدم هذا المصطلح اما كمرادف مبسط للشخصية — ونعنى بذلك

الجانب الارادى منها - بحيث عدت الشخصية مركبة من الذكاء  
بالاضافة الى الخلق ، أو من الذكاء والمزاج بالاضافة الى الخلق  
(Allport, 1937) . ثم جاء بعد ذلك «روباك» (Roback, 1927)  
و «ماك كول» (Mc Call, 1975) على سبيل المثال فعرفا «الخلق» بأنه  
« الاستعداد أو الميل الثابت لكف : (أ) اندفاع ، (ب) تقليص الأنانية  
في ضوء مبدأ قيمة من القيم » .

وترتبط الخلق بجوانب السلوك التي تحظى بالتقدير والاحترام  
الاجتماعى ، ومن هذه الجوانب : الثبات والاستقرار ، والجدارة  
بالثقة ، وتحمل المسؤولية ، وتحمل الجهد ، وارجاء الاشباع ... الخ .  
وطبقا لما أشار اليه «أولبورت» (Allport, 1937, P. 51) فان نتيجة هذا  
الارتباط هى جمع المعايير الاجتماعية مع علم النفس فى بوتقة واحدة  
حين يطلق «الخلق» على مثل هذا السلوك ، وبالتالي - وكما ذكر  
«أولبورت» (ص ٥٢) - فان «الخلق هو الشخصية مقيمة ، والشخصية  
هى الخلق عند تخفيض قيمتها» . وقد قام «سوین» (Suinn, 1970)  
(P. 273) بتوضيح هذه المسألة باستخدامه لمصطلح «اضطراب المسلك»  
(Conduct disorder) والذى فضله على غيره انطلاقا من كون هذه  
الاضطرابات سلوكيات معادية للقانون والعرف السائد ، أو غير قابلة  
على تحمل المسؤولية بالاضافة الى تفاهتها وانعدام قيمتها بالنسبة  
للمجتمع ، أو هى بطريقة ما من الطرق الأخرى مثيرة لغضب المجتمع  
وسخطه ، أو فى الحقيقة قابلة للشجب والادانة من قبل ثقافة المجتمع  
السائدة. فما عرفه «روباك» (Roback, 1927) و «ماك كول» على أنه  
خصائص وسمات سيكولوجية (Mc Call, 1975) عرفه «سوین» على  
أنه سلوك اجتماعى .

ولكى نفصل القول فى تلك المسألة فان البقية الباقية من هذا الفصل  
سوف تخصص لعرض موجز لأنواع الاضطراب الخلقى الرئيسة :  
الشخصية المعادية للمجتمع ، والانحرافات الجنسية .

## الشخصية المعادية للمجتمع Antisocial personality

لقد نشأ مفهوم الشخصية المعادية للمجتمع في الأصل مع وصف «بينيل» (Pinel, 1806) للمرضى في «بيستر» Bicêtre ، فقد عدهم «مبددين للهوس دون هذيان» ، اذ أصبح أحدهم في حالة شديدة من الغضب من امرأة استخدمت معه لغة مهينة لدرجة أنه ألقي بها في حفرة عميقة . فالخصائص الأساسية لذلك الاضطراب الذي وصفه «بينيل» «أنه لم يكن هناك تغير كبير في وظائف الفهم ، بل انحراف وضلال وإساءة استعمال للملكات العقلية النشطة ، بالإضافة الى اتسامة بغضب دموى شديد وعنف بالغ عويص ، ونزوع أعى نحو تصرفات مؤذية وتحريف لا مبرر له للألفاظ أو المعانى » . وهذه الأوصاف شبيهة الى حد كبير « بسوء التحكم الذى يحدث على نحو عرضى » episodic dyscontrol .

وقد ضمن «بريشارد» (Prichard, 1835; 1837) مفهوم «بينيل» مع اضطرابات أخرى مثل ذهان الهوس الاكتئابى تحت العنوان العام «الخلل الخلقي» Moral insanity ، والذي وصفه «بريشارد» بأنه شكل من أشكال الخلل العقلى لا يبدو فيه العقل تالفاً أو ضعيفاً ، بل يعاني المصاب به من الافتقار الى قوة ضبط النفس . والخصيلة النهائية لذلك هى عجز المريض عن السلوك أو التصرف كما ينبغي وبشكل مهذب لائق . وقد قام «جوستر» (Gouster, 1878) فيما بعد بإضافة مفهوم «لومبروزو» (Lombroso, 1876; 1899) « المولود مجرماً » الى تلك الفئة .

وقد لاقى مفهوم «الخلل الخلقي» مساندة وتأييداً من قبل معظم الأطباء والأطباء النفسيين في الوقت الحاضر ، نظراً لأن تأكيده على الأخلاقية أو الفضيلة قد وصف سلوك أولئك الناس الذين يقتربون

جرائم عديدة برغم معرفتهم بخطأ سلوكهم ، والذين لم يبدوا أيًا من  
العلامات المألوفة الدالة على المرض العقلي . من ناحية ثانية فقد انتقد  
المحامون ورجال الدين هذا المفهوم انطلاقًا من أن الخبل العقلي يتضمن  
المرض العقلي والافتقار إلى المسؤولية الشخصية (Rappeport, 1974)  
وقد انهار هذا المفهوم آخر الأمر بعد عام ١٨٨٨ ليفسح الطريق أمام  
مفهوم «كوش» Koch المعروف بـ «الدونية السيكوباتية الجبلية»  
والذي اختصر فيما بعد إلى «الشخصية السيكوباتية» أو المعتلة نفسيًا  
(Kahn, 1931) أو بتعبير أبسط «السيكوباتية» والاعتلال Psychopathy  
النفسى .

وبعد أن قدم «كوش» هذا المصطلح بفترة تبلغ خمسين عاما أو  
أكثر وقع الطب النفسى تحت تأثير «داروين» والمصنفين ، وبدا التطور  
الرئيسى مكونا من تجميع الزمالات المتنافرة بشكل جوهرى تحت عنوان  
عام هو «السيكوباتية» أو الاعتلال النفسى ، ثم اقامة تمييز بين  
الأنماط ، والأنماط الفرعية داخل السيكوباتية (Cleckley, 1959) .  
وقد تعرف «كريبلين» (Kraepelin, 1898) على سبعة أنواع مختلفة  
للشخصية السيكوباتية أو المعتلة نفسيًا ، كما تعرف «شنايدر»  
(Schneider, 1934) على عشرة أنواع ، بينما تعرف «كاهن» (Kahn;  
1931) على ستة عشر نوعا . ولكن عندما قام «هيندرسون»  
(Henderson, 1939) بتضمين «لورانس العرب» (Rappeport; 1974)  
فى هذا الاضطراب ، تم النظر إلى هذا المفهوم بوصفه قد اتسعت  
أبعاده وامتدت جوانبه أكثر من اللازم .

على أن «كليلى» (Cleckley; 1941) قد بذل جهده لوضع وصف  
أكثر دقة ، وانطلاقا من تركيزه على عرض واحد معين — كالكلام  
السطحى — فقد اقترح تغيير الاسم إلى «خبل تفهم المدلولات»  
Semantic dementia بينما حاول آخرون التخلص من العبارات

المتناقضة والمتأصلة في استعمال مصطلح «السيكوباتي» بأن اقترحوا مصطلح «السوسيوباتي» Sociopath أى الشخصية المريضة اجتماعيا (Partridge, 1930) ومصطلح «الشخصية المعادية للمجتمع» كبدلين له (APA, 1952) . ( التفسير الحرفي لمصطلح «السيكوباتي» هو «العقل المريض » ، ومع ذلك فإن من تم تشخيصهم بهذا المعنى قد عدوا من الناحية القانونية مقتدرين عقليا ومسؤولين عن تصرفاتهم التى تقع منهم ) .

فاذا جئنا الى استخدام هذا المفهوم فى الفترة ما بين نهاية الأربعينيات وبداية الستينيات من هذا القرن فاننا نجد قد أكد على « قوة الأنا المنخفضة » وعلى وظيفة غير فعالة للأنا الأعلى كما تبدو فى غياب كل من : الصراع ، والقلق ، والذنب ، ومشاعر عدم الأطمئنان (Albert, Brigante & Chase, 1959) . وفى مسح شامل أجرى على الأطباء النفسيين الكنديين وجد « جراى ، هاتشيسون » (Gray & Hutohison, 1964) تقبلا كاملا تقريبا لما قدمه «كليكلى» (Cleckley; 1941) من وصف للشخصية السيكوباتية لدرجة أن معظم الخصائص التشخيصية المهمة قد عذت كما يلى :

- ( أ ) عدم الاستفادة من الخبرة أو التجربة .
- ( ب ) افتقار الى الشعور بالمسؤولية .
- ( ج ) عجز عن تكوين علاقات ذات معنى أو هدف .
- ( د ) افتقار الى التحكم فى الاندفاعات .
- ( هـ ) افتقار الى الحس الملقى .
- ( و ) معاداة للمجتمع على نحو مزمن مستمر أو بشكل متكرر .
- ( ز ) عدم تغير السلوك نتيجة للعقوبة .

- (ح) عدم النضج الانفعالي
- (ط) العجز عن مقاساة الذنب ومعاناته
- (ي) التمرکز حول الذات

أما الخصائص الوحيدة التي أسقطت بشكل رئيس من وصف «كليكلي» (Cleckley; 1941) فهي : الفتنة أو السحر الظاهري والذكاء الجيد ، والاختفاق في السير على أى نهج في الحياة ، وتلك الخصائص السلبية مثل انعدام اضطراب التفكير ، والمظاهر العصبية ، ومحاولة الانتحار .

وقد افترض على كل حال اعتبار السيكيوباتية أو الاعتلال النفسى نوعا من الشخصية غير واضح المعالم ، بل هى ببساطة وصف لمجموعة من الأعراض المميزة لأنماط السلوك التى يمكن ملاحظتها فى كثير من الشخصيات الشاذة أو اللاسوية (Kavka; 1949) .

### الانحرافات الجنسية Sexual deviations

درج بعض الباحثين على التفريق بين الخلل الوظيفى Dysfunction الجنسى والانحراف الجنسى اذ يشار بالأول الى عجز الفرد عن القيام بالعمل الجنسى المتناسلى والعادى ، وفى حين قد يكون هذا العجز عرضا لاضطراب عصابى فإنه لا يعد خصيصة مميزة لاضطراب خلقى فى حد ذاته أما الانحراف الجنسى المعروف بطريقة أخرى على أنه ضلال وانحراف وزیوخ فإنه يشار به الى سلوك جنسى من نوع غير مقبول اجتماعيا .

وتعد نظرة الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى للأمراض DSM-II الى الانحرافات الجنسية مثالا واضحا لتصنيف الناس بدلا من تصنيف الأمراض أو السلوك ، وتتضمن اعتبارا لدوافع الفرد بالاشارة الى أن «هذا التشخيص غير ملائم للأفراد الذين يقومون بالأفعال الجنسية المنحرفة نظرا لعدم توافر الموضوعات الجنسية العادية لهم » (APA , 1968 ; P.44)



أن العمل الذى قام به «كينزى» وآخرون (Kinsey, et al., 1948 ; 1953 ; 1949) قد بذل جهدا كبيرا للإشارة الى عدم تلاؤم محك إحصائى بسيط للشذوذ الجنسى . وقد أتبع هذا العمل بأعادة تقييم كثير من السلوكيات الجنسية ، بحيث وضع الأساس لما يسمى بالتححرر الجنسى الذى شاع فى الستينيات والسبعينيات من هذا القرن ، والذى قد يرى بوصفه محددا رئيسا لما قامت به الرابطة الأمريكية للطب النفسى من اعادة تقييم اللواطه أو الجنسية المثلية فى عام ١٩٧٣ .

### اللواطه أو الجنسية المثلية Homosexuality

يقصد « باللواطه أو الجنسية المثلية » تفضيل فرد من الجنس نفسه فى مباشرة السلوكيات المرتبطة بالممارسة الجنسية . ولقد أصبحت اللواطه أمرا مفضلا وفى الوقت ذاته أمرا داعيا الى المقت والامتنزاز فى ثقافات ومجتمعات مختلفة بل فى المجتمع ذاته فى مراحل مختلفة من الزمن . وقد ضمنت فى الأصل فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثانى للأمراض DSM-II ، ولكن حل مصطلح « اضطراب التوجه الجنسى » محل اللواطه فى الطبعة السابعة من هذا الدليل .

### اضطراب التوجه الجنسى Sexual Orientation disturbance

لا يعد هذا المفهوم انحرافا جنسيا على الرغم من اشتمال تلك الفئة عليه فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثانى للأمراض DSM-II . ويشار به الى الاضطراب الانفعالى الذى يصاحب توجهها لواطيا جنسيا غير مقبول ذاتيا أو شخصيا . وقد اشتمل عليه الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث DSM-III تحت اسم « اللواطه المتعارضة مع الأنا » (APA, 1980) .

## الأثرية أو الفيتيشية *Fetishism*

إذا وجد شيء ما من الأشياء التي تنصب عليها اهتمامات الفرد الجنسية بحيث يكون جزءا غير جنسى من أجزاء الجسم الانسانى أو قطعة من الملابس فانه يطلق على هذا الشيء ( الذى هو موضوع الحب أو الاهتمام ) أثرا أو تميمة أو «فيتيش» *Fetish* ، كما يطلق على السلوك نفسه الأثرية أو التميمية أو «الفيتيشية» . وغالبا ما يقع هذا السلوك من الرجال أكثر من حدوثه لدى النساء . وتنصب الأثرية فى الغالب الأعم على موضوعات أو أشياء تتعلق بجسم المرأة كقدمها أو حذاءها أو ملابسها الداخلية (Friedman, 1959) .

وطبقا لنظرية «فرويد» التقليدية فان حذاء المرأة أو شمسيتها يعد رمزا لأعضائها التناسلية . ان ذلك لا يفسر فقط السبب فى أن موضوع الحب أو الاهتمام ينبغى أن يكون أثريا شائعا ، بل انه يشرح كذلك مغزى ما يقوم به الرجال من شرب «الشمبانيا» فى شمسيتها المرأة ، بالاضافة الى تفسيره لفقدان سندريللا لشمسيتها حتى تعثر على أميرها ذئ الجمال الساحر .

## ارتداء ملابس الجنس المغاير *Transvestitism*

ويقصد به حرفيا « الارتداء المغاير » ، ويستخدم للإشارة الى ما يقوم به بعض الناس من ارتداء ملابس الجنس المغاير رغبة فى الحصول منها على لذة جنسية . ويقع هذا السلوك عادة من الذكور ، حيث يقوم الرجل غالبا بالاستمناء ( ممارسة العادة السرية ) وهو مرتد للباس أنثوية (Freedman, Kaplan & Sadock, 1976) .

## اشتهاء الأطفال *Paedophilia*

ويعنى حرفيا « حب الأطفال » ، ويقصد به ما يقوم به الكبار من

الحصول على اشباع جنسى من الاحتكاك البدنى بالأطفال ، وليس من الضروري للاحتكاك في حد ذاته أن يكون جنسيا . وقد يشتمل اشتهاؤ الأطفال على علاقات جنسية مثلية أو متغايرة ، كما يقع في الأعم الأغلب بين مجموعة من الأفراد الذين تربط بينهم علاقة وثيقة ، كأعضاء الأسرة ، والأصدقاء ، والجيران (Gebhard et al; 1965; Freedman, Kaplan and Sadock ; 1976)

ويعد اشتهاؤ الأطفال شبيها بما يسمى بـ « متلصص النظر الجنسى » Voyeur أو « الاستعراضى » وهو الرجل الذى أخفق مهنيا واجتماعيا وجنسيا في عالم الكبار ، وبالتالي فإنه ينصرف للبحث عن متفلس أقل تهديدا لاهتماماته الجنسية .

### الاستعراض Exhibitionism

ويشير هذا المصطلح بمعناه الواسع الى « أى عرض أو اظهار للذات يقوم به الفرد سعيا الى لفت الأنظار والحصول على الاستحسان والاعجاب » (Henry; 1955) ، من ناحية أخرى فإنه بوصفه انحرافا جنسيا يعنى « ما يقوم به الذكر (الرجل) على نحو قهري من الكشف للأنثى عن أعضائه التناسلية الخارجية علانية مع توافر الادراك الواعى لذلك لدى الطرفين » (Rickles, 1955) .

وفي بعض الحالات يقوم الفرد بالانغماس في اظهار عورته للتخلص من توتر غير جنسى ، ولكنه يتم — بالنسبة للغالبية العظمى — للحصول على اشباع جنسى . ويقوم الاستعراضى على نحو نمطى بالكشف عن عوراته للزرياء (Mohr et al; 1964) وقد فسر ذلك على أنه تكوين عكسى لمشاعر عدم الكفاءة الجنسية والشعور بالعنة أو الضعف الجنسي . وغالبا ما تتشابه الديناميات أو القوى المحركة لحب الظهور أو الاستعراض ، واشتهاؤ الأطفال (Freedman, Kaplan & Sadock, 1976)

(P.776) ويؤكد محب الظهور والاستعراض دائما على الطبيعة التي لا تتاوم للدفعة الداخلية للكشف عن نفسه ، بما يتضمنه ذلك من عجزه عن التحكم في سلوكه (Evans, 1970) .

### التطلع الجنسي Voyeurism

ويقصد به ممارسة الحصول على اللذة أو الانبعاث الجنسي من أحوال بديلة للفعل الجنسي الصريح ، كتطلع الفرد الى الآخرين وهم منغمسون في سلوك جنسي بدلا من أن ينغمس هو نفسه في هذا السلوك . ويتراوح بين مجرد التطلع الى شخص آخر عار - وهو ما يطلق عليه استراق النظر للتطلع للنساء العاريات . والأجسام المتجردة - الى ملاحظة العمل الجنسي نفسه ، سواء أكان عملا حقيقيا أم تظاهرا به وتمثيلا ، وبالتالي فإنه يتضمن مشاهدة العروض السينمائية المليئة بهوس البناء والبغايا . وقد افترض أن التطلع الجنسي نتيجة للسادية المفرطة في الانضباط والتحكم .

### السادية أو لذة تعذيب الغير Sadism

كان « كرافت - ايينج » (Krafft-Ebing, 1901) أول من قام بتصوير السادية بوصفها زملة طبية نفسية . وقد استعار هذا المصطلح من الروائيين الفرنسيين الذين استخدموه آنذاك لوصف الترابط بين الجنس والعمل الوحشي ، وهو موضوع كتب له الأستهار والانتشار من خلال الكتابات التي قدمها « الماركيز دي ساد » Marquis de Sade الفرنسي عن سيرته الذاتية وقصة حياته (Bieber, 1969) . وقد عرفها « كرافت - ايينج » بوصفها خبرة من الأحاسيس اللذيذة والسارة جنسيا ( والمتضمنة لهزة الجماع أو ذروته ) نتيجة لتصرفات من الإذلال أو الوحشية أو العقاب البدني .

وقد حدد « كرافت — آيننج » أنواعا ثلاثة من السادية :  
الأفعال السادية التي تعقب الجماع والتي تعطى للفرد اشباعا جنسيا  
غير واف ، والأفعال السادية التي يقوم بها أفراد ذوو رجولة متناقضة  
في محاولاتهم لزيادة رغبتهم الجنسية وتعزيزها ، وأخيرا الأفعال  
السادية التي يتم تكييفها واعدادها بحيث تؤدي الى هزة الجماع دون  
القيام بعملية الجماع نفسها ، وذلك في حالات العنة الجنسية الكاملة  
أو الارتضاء التام .

### المازوكية أو حب التعذب Masochism

المازوكية معروفة جيدا ، ولكنها معرفة تعريفا سيئا ، وهي مفهوم  
يصعب استيعابه في أى نظرية من النظريات النفسية الموجودة . وقد  
قام « كرافت — آيننج » (Krafft-Ebing, 1901) بتقديم هذا  
المصطلح لتعريف زملة مرضية ورد وصفها في كتابات «ساشير — مازوك»  
Sacher-Masoch وهو روائي قصصى اشتهر في القرن التاسع عشر ،  
وكان هو نفسه مازوكيا . وقد انتهت الى استخدامها للإشارة الى اتخاذ  
الآلم مصدرا للحصول على اللذة الظاهرية وبخاصة اللذة الجنسية .  
ولكن « كرافت — آيننج » قد أكد في الأصل على استخدام القوة  
والنفوذ لتحقيق هذا الغرض بدلا من الآلم ، مع وجود المشاعر الجنسية  
موقظة أو مستثارة بفكرة الخضوع والاستعباد وسوء المعاملة من قبل  
أحد أفراد الجنس المغاير ، وبالإحساس بالخضوع والخضوع التام غير  
المشروط لإرادة ذلك الفرد .

وقد أكد « كرافت — آيننج » بالدليل والحجة أن أثرية أو فيثيكية  
القدم ( حب قدم المرأة والتعلق به ) هو نوع من المازوكية في الحقيقة ،  
نظرا لأن المحب يحط من قدر نفسه فيما يتعلق بموضوع الحب (المرأة)  
بتركيز اهتمامه على قدمها .

كذلك فقد تم التمييز بين أربعة أنواع من المازوكية :

( أ ) تقبل الصدمة والأذى أثناء الاستثارة الجنسية • وهو بالضرورة ما أشار اليه «فرويد» « بالمازوكية الأثنوية » •

( ب ) تسهيل الاستثارة أو اللذة الجنسية بالصدمة والأذى •

( ج ) الصدمة والأذى أو الازدلال عنصران جوهريان للاستثارة الجنسية •

( والنوعان الثانى والثالث هما بالضرورة ما سماه «فرويد» بـ « المازوكية المثيرة للشهوة الجنسية » ) •

( د ) الاستغراق فى الحالات والمواقف الداعية الى الاجباط والحزن والايلام وتضيق الأمل • وهذا النوع هو ما أشار اليه «فرويد» « بالمازوكية الخلقية » وعده معيارا للسلوك ، وهو كذلك ما سماه «رايك» Reich « بالمازوكية الاجتماعية » •

وقد افترض «فرويد» (Freud, 1905a) أن المازوكية تقع مصحوبة على نحو ثابت بميول سادية ، وأن المازوكية فى حقيقة الأمر سادية انقلبت ضد الذات ؛ وذلك شبيه بمفهوم الاكتئاب لدى «فرويد» ، كما أن هناك فى الحقيقة افتراض يقضى بوجود علاقة بين السادية والاكتئاب (Brenman, 1952 Reich, 1953; Nacht, & Racamier; 1960) كذلك فان السادية قد ارتبطت بالسلوك الوسواسى القهرى (Berliner, 1947) وبالبارانويا أو الهذاء (Bak, 1946; Nydes, 1963)

## خلاصة واستنتاجات

توضح اضطرابات النزوع أو الارادة استخدام المفاهيم النفسية المضاربية ومحكات المرض العقلى — وهى ما حدده «سكوت» (Scott, 1958) بوصفه « سوء توافق اجتماعى » و « اخفاقا فى التكيف الايجابى » . وهذا النطاق الواسع المريض من السلوكيات التى استعرضت فى هذا الفصل يعكس بحذاثيره عجز الفرد بشكل محدد أو واضح عن ضبط سلوكه والتحكم فيه بما يتفق مع معايير شخصيا أو معايير مجتمعه . وهو أمر جلى واضح فى اضطرابات الخلق ولكنه مفهوم ضمنا فى الموهن العصبى والشخصية المنقصمة وغيرهما من الاضطرابات التى سبق استعراضها . فهناك اذن استعمال واضح للمعايير الاجتماعية فى تحديد ما اذا كان السلوك ينبغى اعتباره سويا أو لا سوى .

ويتميز المجتمع الغربى — وبخاصة مجتمع أمريكا الشمالية — بتوجهه نحو الانجاز والتحقيق ، كما قد تبنى الخلق البروتستانتى . وقد عد الاخفاق فى الاشتراك فى هذا الخلق وتأييده اما اساءة اجرامية أو عرض دال على المرض العقلى . وقد نتج عن تصرر القوانين وتسامحها (Wolfenden; 1957) الاعتراف بالتمييز والتفريق بين الفضيلة الخاصة والفضيلة العامة (Devlin, 1965) . كما تبع ذلك تحرر الممارسات الطبية النفسية (APA, 1974 ; Spitzer, 1973) وسيظل الأمر كذلك حتى يعرف — على كل حال — ما اذا كان المجتمع يعيد تسمية المشكلة فحسب وأنه سيستمر فى علاج الناس أنفسهم ولكن على أساس من تبرير مختلف معايير .





## القسم الثالث

العوامل المحددة للسلوك الشاذ



## مقدمة

سبق أن أشرنا إلى أنه إذا كان اثبات طيب نكهة الطوى يكمن في تناولها ، فإن اثبات فعالية علم النفس المرضي يكمن بالتالى في علاجه الناجح للسلوك الشاذ . ولكن نجاح العلاج في الطب يتوقف في الغالب على معرفة سبب المرض ( انظر مثلا : Carr, 1977 ) . وجزيا على الطريقة المتبعة في كل العلوم فان الطب يتناول على نحو نموذجي اكتشاف سير الأحداث وتسلسلها حتى تبلغ ذروتها بوقوع الاضطراب ، ثم يحول عندئذ معالجته بإزالة السبب والتخلص منه أو بإبطال تأثيره والقضاء عليه . ويعد استخدام المضادات الحيوية مثلا توضيحيا رائعا لتلك الطريقة ، والتي يشار إليها بنموذج المرض المعدى (Weiner;1978) ، إذ يتم اكتشاف الكائن الحى الدقيق بالمجهر كسبب مؤد للمرض ، ثم يعقب ذلك اعطاء مادة ما — وهى المضاد الحيوى — من المواد التى تملك خاصية معينة لإبطال تأثير الكائن الحى الدقيق أو تدميره والقضاء عليه .

ويطلق على دراسة أسباب المرض مصطلح « علم أسباب الأمراض » *Aetiology* ، وقد أثبت هذا العلم نفاسته وقيمته للعظيمة في الطب البدنى ، كما يميز فلسفة العلاج ولغته التى يتعامل بها كثير من الأطباء النفسيين ، وبخاصة أصحاب للتوجه البيولوجى للذين يؤمنون بأن المرض العقلى هو بالضرورة مرض أو اعتلال كائى مرض آخر ، وبأن الفارق الوحيد بين المرض العقلى والمرض الجسمى يكمن في بحث أعراضهما . من ناحية أخرى — وكما سبق أن فصلنا في الفصل الأول — فإن هناك بدائل لتصور الظواهر المسماة « بالمرض العقلى » وفهمها كوحدة مرضية .

ويهتم الطب النفسى بالسلوك الانسانى ، وفي حين ينبغي أن يكون الشرح والتفسير هو الهدف المهيمن على أى عالم من العلماء فإن التساؤل « لم فعل زيد ذلك ؟ » يمكن توجيهه والاجابة عنه بطرق عديدة مختلفة (Peters, 1960) .

ويستخدم نموذج المرض المعدى بشكل واسع الانتشار فى الطب النفسى ، اذ يحاول شرح حدوث الاضطراب بلغة السبب الأساسى الوحيد (Weiner, 1978) . ولكن الأمراض المعدية ليست الا نوعا واحدا من أنواع الشفوذ العديدة التى يواجهها الطب ، كما أن الشروح والتفسيرات السببية ليست كذلك الا نوعا واحدا من أنواع عديدة من الشروح والتفسيرات المتعلقة بالسلوك الانسانى . وتبعاً لذلك فإن الاهتمام بمعرفة مفهوم «السبب» Cause وفهمه فهما كاملا أمر لا بد منه فى البداية .

### مفهوم «السبب»

تشير كل العلوم الى وجود أحداث معينة تميل الى الترابط زمنياً مع بعضها بعضاً ، وأن هذا الترابط يقوى فى بعض الحالات لدرجة أنه يشار الى الحدث الواقع أولاً بـ «السبب» المؤدى الى الثانى ، كما يشار الى الحدث الثانى بـ «التأثير» effect الناجم عن الأول . وحين يحدث ذلك فإنه يمكن فى الغالب وضع عدد من الافتراضات :

( أ ) أن الحدث الثانى نتيجة حتمية بالنسبة للحدث الأول .

( ب ) أن وقوع الحدث الأول يعنى ضروريته وكفايته معاً باعتبارهما شرطين لوقوع الحدث الثانى . وهذا يعنى وجود علاقة ذات متغير إحدى Univariate بين السبب والنتيجة .

( ج ) أن «السبب» و «النتيجة» مصطلحان أساسيان .

وهذه الافتراضات الثلاثة ليست صحيحة دائما .

### المحتومة أو تعذر الاجتناب Inevitability

إذا قمنا بتصور حدثين وادراكهما على أنهما تتابع أو تسلسل من السبب والنتيجة فإنه من السهل افتراض وقوع النتيجة دائما عقب وجود السبب ، فإذا قمنا بجفع شيء ما فإنه سيقع ، وإذا جرح شخص ما فإن جرحه سينزف دما ، وإذا دخل جسمه فيروس ما من الفيروسات فإنه سيصاب بصداغ في رأسه أو بقرحة في حلقه ، كما سترتفع درجة حرارته ، فإذا عاش طفولته في فقر وحرمان فإنه سيصبح في المستقبل مقصرا مهملأ أو جانحا منتهكا للقانون . ولكن « دافيد هيوم » (Hume, 1739) أشار الى عدم وجود ارتباط ضروري بين السبب والنتيجة بحيث يجعل أحدهما نتيجة مؤكدة للآخر . وفي الحقيقة فإن النتيجة لا تعقب السبب دائما ، فإذا انخفض مركز الجاذبية بدرجة كافية فإن عملية الدفع لن تؤدي الى الوقوع ، وإذا لم يكن للجرح عمقا لدرجة كافية فإن الدم لن يسيل منه ، كما أن دخول الفيروس الى جسم الإنسان وتمكنه منه لن يؤدي دائما إلى أعراض مرضية اكلينيكية (Weiner, 1978) ، وكما سوف نتعرض لذلك في الفصل التاسع ، فإنه ليس من الضروري لكل الأطفال الذين عاشوا طفولتهم في حرمان وفقير أن يصبحوا جانحين منتهكين للقانون .

### الاستدلال احادي المتغير

لقد اتضح مما قدمناه من تطبيقات على تعذر الاجتناب أعلاه أنه إذا تصور حادث ما على ضوء السبب والنتيجة فإن هناك ميلا الى تجاهل ما قد يكون هناك من تأثير لبعض المتغيرات الأخرى . والاستثناء الوحيد من ذلك هو حالة اخفاق افتراض تعذر الاجتناب في أن يكون صادقا ، فإذا حدث ذلك فإننا نقتضي عن النموذج البسيط احادي

المتغيرات لتتحول عنه الى نموذج متعدد المتغيرات **Multivariate** ويشير هذا الأخير اما الى متغيرات معدلة **Moderator** — بحيث يفرق بين ما هو ضروري من الأسباب وما هو كاف منها — أو الى التعرف الى أسباب مهيئة مهددة ومعجلة مفجرة ، ودوامية أو مدمية لبقائها .

وقد أكد «ميشيل» (Mischle, 1977) على التسليم بطبيعة الدافعية ذات المتغيرات المتعددة ، ولكنها كانت معروفة منذ زمن «أرسطو» (٣٨٤ — ٣٢٢ ق م) ، فقد انتقد «أرسطو» قديما واضع النظريات لتعاملهم مع فكرة السببية بشكل غير تام ، بحيث وضع نظرية ميز فيها بين أربعة أسباب مختلفة ، وهى : أسباب مادية ، وأسباب شكلية ، وأسباب فعالة ، وأسباب نهائية .

تأمل مثلا كرة فولاذية تتدحرج الى أسفل على سطح مائل ، فاذا قلنا بأن حركة الكرة ناتجة عن جاذبية الأرض فاننا بذلك نرجع تلك الحركة الى سبب فعال محض . ويمكننا أيضا تفسير ذلك بالقول بأن الكرة كانت تتحرك في اتجاه حالة من التوازن في أسفل السطح ، حيث يتعادل جذب الجاذبية الأرضية المتجه الى أسفل مع ضغط الأرض المتجه الى أعلى (السبب النهائي) . بل حتى هذا التفسير قد لا يكون تفسيريا كاملا لحركة الكرة ، إذ لا يمكن للكرة أن تتدحرج ما لم تكن مستديرة (التفسير الشكلي) ، وما لم تكن كذلك مصنوعة من مواد أثقل من الهواء (التفسير المادى) .

وفي محاولة أصحاب النظريات ذات الاتجاه الأحيائي البدنى **Biophysical** تفسير السلوك النشاذ والمرض العقلى فانهم قد طوروا على نحو مميز أسبابا مادية وشكلية ، أما أصحاب النظريات ذات الاتجاه البيئى والاتجاه الاجتماعى الثقافى فقد أكدوا على الأسباب الفعالة ، بينما انصب اهتمام النظريات النفسية على الأسباب النهائية . فالتفسير التام يتطلب إذن رجوعا الى الأسباب الأربعة جميعا ، ولكن التفسير

الكافي لبعض الاضطرابات يمكن أن يتم بالرجوع الى سبب واحد فقط .  
ومن هنا — وكما سنشير اليه في الفصول ٧ ، ٨ ، ٩ ، ١٠ من هذا  
الكتاب — فان هناك ميلا جليا واضحا الى استخدام طرائق نظرية  
مختلفة لدراسة السلوك الشاذ ، لا من حيث تعريف الشذوذ بصورة  
مختلفة فحسب ، بل للتركيز على صور مختلفة من الشذوذ — أى أن  
استخدام هذه الطرائق يعتمد على تلك الصور الشاذة المختلفة التي  
يمكن تفسيرها بشكل واف عن طريق نوع السبب الذى تؤكد عليه تلك  
الطرائق النظرية .

### النسبية Relativity

يجدر بنا أن نتذكر أن السبب والنتيجة لا يشتملان على أهمية  
أو دلالة مطلقة ، إذ ينظر اليهما على أنهما نقطتان مرجعيتان يفرضان  
على وضع من الأوضاع لتسهيل فهمه وتبادل الآراء والأفكار والمعلومات  
حوله ، كما يعدان نسبين تبعاً لذلك الوضع من ناحية وبيعضهما بعضاً  
من ناحية أخرى ، وبالتالي فانه يمكن اعتبار حدث ما نتيجة في أحد  
التحليلات وسبباً في تحليل آخر ، كذلك فان ما تعدّه نظرية من النظريات  
سبباً قد يعد في نظرية أخرى استجابة بسيطة . وتأمل السبب فيما يطلق  
عليه « الشلل العام للمضبول » G.P.I. سيوضح هذه الفكرة .

فلقد تم تقدير عدد يتراوح ما بين عشر الى ثلث المقبولين للعلاج  
بمستشفيات الأمراض العقلية في بداية القرن العشرين ممن أظهروا  
مراحل مختلفة من التدهور العقلي والبدنى الذى يحدث بشكل تقدمى  
« تدريجى » ، مما أدى الى اصابتهم بالشلل أو الخبل ، ثم انتهى بهم  
الأمر الى الموت . وقد أطلق على هذا النوع من الاضطراب الاسم  
الوصفى : « الشلل العام المرتبط بالخبل » General Paralysis of the  
insane (GPI) وقد أثبتت البحوث والدراسات اللاحقة ارتباط الشلل

وانخيل بضمور اللحاء الخى عقب اجتياح كائنات حية دقيقة له تسمى « البكتيريا اللثوية » *Spirochetes* ، وهذه البكتيريا ترتبط بدورها باضطراب آخر وهو الزهري *syphtis* ، والذي ينمو ويتطور عقب احتكاك جلد المريض أثناء المضاجعة الجنسية بشخص آخر ملوث بجراثيم البكتيريا . كما أثبتت تلك الدراسات أن المضاجعة الجنسية لشخص آخر معد أمر شائع بالنسبة لمن يعيشون حياة جنسية شيوعية بوهيمية ، كذلك فقد أوضحت بأن الشيوعية الجنسية محاولة للبحث في فترة الرجولة عما حرم منه الفرد البوهيمي من حب في طفولته — نتيجة لتربية أبوية سقيمة ربما كان من الممكن الحيلولة دونها عن طريق الارشاد النفسى قبل الزواج ، أو بدراسة مقرر في تربية الحياة الأسرية .

فاذا نظرنا الى تلك السلسلة المتتابعة من الأحداث التي تراوحت ما بين اجتماعية ونفسية وبيولوجية ، وصرفنا النظر عن حقيقة انقطاع تلك السلسلة في كل حلقة من حلقاتها نتيجة لتأثير عوامل أخرى ، فان السؤال الذى يتحتم طرحه هو : ما السبب الذى يؤدي الى الشلل العام المرتبط بالخل ؟ من الواضح أن السبب يعتمد على ما يعد نتيجة أو مرضاً ، وهو في هذه الحالة الشلل العام المرتبط بالخل . فاذا عودل هذا النوع من الشلل بالسلوك العلنى الصريح ، فان السبب عندئذ هو الضمور اللحائى . أما اذا عودل بالضمور اللحائى فان السبب يصبح عندئذ إما البكتيريا اللثوية الزهرية *Syphilitic Spirochete* ( وهى : *Treponema pallidum* ) أو الأحداث التي أدت الى افضال تلك البكتيريا الى جسم المريض أو أجهزته .

فما يعد نتيجة أو «مرضاً» انما يتم تحديده غالباً عن طريق النقطة التي يعد الفرد فيها مريضاً ، والتي تقع على امتداد التسلسل التطورى ، وهى التي ستحدد كذلك العلاج المناسب . فاذا تم التعرف الى الفرد عند نقطة أسبق مباشرة من الحدث الذى يسبق تطور المرض ،



أى اذا تعرف عليه عند نقطة سابقة لوقوع «السبب» فان العلاج يسمى على الأرجح «وقائية» .

### استنتاجات

نظرا لما هنالك من ميل الى تبسيط العلاقات تبسيطا مفرطا حين يتم تصورهما وادراكها من حيث كونها علاقة سبب ونتيجة فان هذا القسم يرفض الأخذ بمفهوم أسباب المرض *aetiology* ، ويهتم بدلا من ذلك بأسباب السلوك الشاذ بتأييدا وتفضيلا للعوامل المحددة لذلك السلوك ، وكما يعتقد بعض الباحثين فان هذا المصطلح الأخير يؤدي الى الاقلال من الافتراضات المضللة الخادعة .

### تصنيفات العوامل المحددة ونظرياتها

في محاولة علماء النفس اثبات اصطباج نظرياتهم بالصبغة العلمية بدلا من الصبغة الدينية أو الخارقة للطبيعة فانهم قد أقرروا عديدا من النماذج البسيطة التى تميز بين العوالم المختلفة من البيانات والمعلومات التى يتعاملون معها ، كما تميز العلاقات الموجودة بينها . ويعد نموذج المنبه والاستجابة ( م — س : S—R ) أقدم هذه النماذج جميعا ، والذى يفترض أن السلوك أو الاستجابات (س) نتيجة مباشرة للظروف المثيرة أو المنبه (م) . وقد تم تعديل هذا النموذج ليصبح : المنبه — الكائن العضوى — الاستجابة ( م — ك — س : S—O—R ) بحيث يؤخذ الفرد أو الكائن العضوى *Organism* فى الاعتبار ، ثم غير النموذج مرة ثانية ليصبح س = د (م × ك) :  $R = F(S, O)$  ( أى أن الاستجابة دالة لكل من المنبه والكائن العضوى ) حتى يمكن اجتناب أى افتراض يقضى بوجود صلة سببية مباشرة بين المنبه والكائن العضوى ثم بينهما وبين الاستجابة .

وقد اختار الكتاب الحالي الصيغة الأخيرة (س = د (م × ك) )  
والتي تنص على أن السلوك دالة التفاعل بين الفرد وبيئته .

ولكن هذا النموذج يعانى من قصور واحد يكمن فى عدم تمييزه  
بين الجوانب البيولوجية والنفسية للفرد . ويمكن ايجاز هذا التمييز  
بمد متغير الكائن العضوى وتوسيعه ، لتدخل الجوانب البيولوجية (ب)  
والسيكولوجية (ك) ، وتصبح المعادلة كما يلى :

$$س = د (م \times ك \times ب)$$

$$R=F(S,Ob,Ops.)$$

ولكن ذلك يؤدى الى بعض الافتراضات المسبقة حول قدرة المتغيرات  
البيولوجية والنفسية على التفاعل .

وأفضل طريقة للتعامل مع هذا النموذج أن نضم نموذج : التنبه  
— الكائن العضوى — الاستجابة (S-O-R) الى نموذج «جيمس وارد»  
(Ward, 1919) المعروف بنموذج الانسان . وهو موضح فى شكل  
( ٣ - ١ ) : ففى حين أسقط هذا النموذج علاقات متبادلة معينة فانه  
يحدد ثلاثة عوالم من البيانات أو المعلومات المتضمنة فى الدراسة الشاملة  
لمجدييات السلوك الانسانى ، بالإضافة الى المتغيرات الرئيسة المتضمنة  
فى تلك العوالم . وفى الفصول الأربعة التالية من هذا الكتاب سوف  
يتم التعامل على التوالى مع كل عالم من هذه العوالم .

وفى دراستنا للعوامل المحددة للسلوك — الجادى أو الشاذ — وكما  
سبق أن أشرنا الى ذلك ، يجب أن يكون معلوما لدينا أنه بينما يجب  
أن يشتمل التفسير الكامل على بيانات ومعلومات من العوالم الثلاثة  
جميعها — لأن ذكر واحد منها فقط يكفى غالبا لفهمنا تلك العوامل ،  
ولأن الطرق الإحصائية والتكنولوجية المعقدة التى تبيح بحث المتغيرات  
المتعددة فى آن واحد ذات أصل حديث نسبيا — فان معظم البحوث

والتنظيرات العلمية قد مالت الى التأكيد على عالم واحد فقط من هذه العوالم الثلاثة . وتجدر الاشارة الى أنه ينبغي أن يفهم ضمنا من الفصول الأربعة التالية أنه اذا أكد على عالم معين من الحقائق والمعلومات على حساب العالمين الآخرين فإن ذلك يرجع اما الى نوع الشذوذ المتعامل معه بما في ذلك مراحل تطوره ، أو التحيزات التي يحملها صاحب النظرية أو الباحث - كتلك التحيزات الشخصية التي يحملها من يقوم بإجراء المقابلة والتي نوقشت في الفصل الثالث - والتي تنبع عادة من شخصيته أو خبرته السابقة وتدريبه ، أو من الجو الاجتماعي والعلمي السائد في الوقت الذي صيغت فيه تلك النظرية أو اكتشفت .

### البيئة

( المادية والاجتماعية والثقافية )

الاستجابات	الجسم (بيولوجيا)		المنبهات
	العقل (نفسي)	الأعضاء المرتبطة جسميا	
السلوك	الادراكات	كيمويات	ألمس
أفعال	الذات	حيوية	أشياء
حركات	القرارات	المورثات	لحظات
انعكاسات	الذكريات		خبرات
			ضغوط
			صراعات
			أجهادات
النتائج			الأسباب

شكل (٣-١) : توضيح تخطيطي للعوالم الثلاثة من البيانات المتضمنة في علم النفس المرضى ، والمفاهيم والتراكيب الأساسية المستخدمة في تفسير النشاط الانساني



## الفصل السابع

### العوامل البيولوجية المحددة للمرض العقلي

هناك ثلاث خصائص رئيسة مميزة للنظريات البيولوجية المتعلقة بالسلوك الفاذ. ، فهي نظريات اخترالية بمعنى أنها تحاول تفسير ظواهر علم النفس بلغة علوم الفيزيولوجيا والأعصاب والكيمياء الحيوية والوراثة ، كما تعتمد على المقدمة المنطقية القائلة بأن البناء يحدد الوظيفة ويقررها ، وهي بالاضافة الى ذلك نظريات حتمية تؤمن بأن لكل نتيجة سببا .

وتشبه النظريات البيولوجية النظريات البيئية من حيث ايمانها بمبدأ الحتمية Determinism ( انظر الفصل الثامن ) ، كما تتخذ موقفا مغايرا للنظريات الذاتية ( انظر الفصل العاشر ) . ولكن برغم اعتراف النظريات البيولوجية غالبا بأن سلوك الكائن العضوى يمكن فهمه فقط نتيجة لتاريخ تفاعله مع بيئته الا أن النظريات البيولوجية تختلف عن النظريات البيئية في تأكيدها على عدم تأثر الأفراد بصورة منتظمة متسقة بالانبيات البيئية .

ويعد «بافلوف» Pavlov واحدا ممن أسهموا في نشأة علم النفس السلوكى ، والذي كان في فجر نشأته بيئيا بالكامل ، وقد لاحظ أن حيواناته التي استخدمها في تجاربه قد أظهرت ميولا فطرية للاستجابة للمنبه ذاته بشكل مختلف الى حد كبير ، ولكنه لم يركز اهتمامه كلية على سلوك «الكلب» . وقد غفل كثير من علماء النفس السلوكيين عن

تلك الملاحظة (Williams, 1960) ، فالسمة الميزة للنظرية البيولوجية تتمثل في تأكيدها المدعم بالدليل والحجة على أن الفروق الفردية في التكوين البيولوجي للفرد المستثار هي المحددات الرئيسية للسلوك .

ولقد كان علماء النفس الأوروبيون أكثر انشءاء وتطويرا للنظريات البيولوجية من أقرانهم في أمريكا الشمالية . اذ تتعارض المثل العليا للديمقراطية الأمريكية واقتصادها المبنى على الحرية مع الفكرة القائلة بأن الجوانب الوراثية للفرد هي التي تحدد سلوكه وتقرره . كما أن الافتراض القائل بأن هناك رباطا وثيقا بين الخصائص البدنية والسلوكية يعنى الى حد كبير تأييدا للحتمية الوراثية ؛ (Hall & Lindzey, 1957) (1978) . ولكن تفسير السلوك الانساني بشكل شامل يجب أن يأخذ في اعتباره الجسم ووظائفه ، نظرا لأن جسم الانسان لا يمثل فقط وسيلة السلوك المتفاعل مع أجسام أخرى لتشكيل المواقف أو الأوضاع الاجتماعية ، بل هو كذلك مصدر لعوامل دافعية كالحاجات والدوافع ، كما أنه سجل لتغيرات نفسية سيكولوجية كالاحاساسات والادراكات والأفكار والمشاعر ... الخ .

وفي هذا الفصل سنحاول ايجاز الأساس المنطقي للمدخل البيولوجي الخاص بتفسير حدوث السلوك الشاذ مع ذكر أمثلة لذلك ، مع العلم بأن تلك الأمثلة لم يتم اختيارها بصورة عشوائية . وللنظريات المورفولوجية ( المهتمة بالشكل أو النمط الجسمي للفرد ) مدلول تاريخي وجاذبية مألوفة شائعة ، ولكنها مع ذلك تهتم بالارتباطات البسيطة بين الجسم والسلوك . فاصابة المخ تمثل تحليلا مورفولوجيا للمخ التي تراكيب تشريحية ، كما يفترض فيه غالبا أن يكون سببا مباشرا للسلوك الشاذ . والكيمياء الحيوية والتركيب الوراثي عاملان محددان لكل من التكوين الجسمي وتشريحه البنائي ، وبالتالي فانهما يقدمان سلسلة «سببية» ، أى كما يبدو في الرسم التوضيحي التالي :



ونظرا لأن كل حلقة في هذه السلسلة هي نتاج التفاعل بين الحلقة السابقة وبعض جوانب البيئة فإن دراسة النظريات البيولوجية والوراثية اعتراف كذلك بالطبيعة المتعددة المتغيرات لأسباب الأمراض •

وبالإضافة الى تقديم أمثلة موجزة للمدخل البيولوجي في تفسير حدوث السلوك الشاذ والمرض العقلي ، فإن هذا الفصل سيفصل القول في العلاقة بين المتغيرات التي تؤكد عليها تلك النظريات من ناحية ، والسلوك من ناحية أخرى ، كما سيحاول الإشارة الى كل من علاقة هذه المتغيرات بعضها ببعض وعلاقتها بالمحددات السلوكية — غير البيولوجية — الأخرى •

### النظريات البيولوجية لأسباب الأمراض

يفترض علماء النفس والأطباء النفسيين الذين يتقبلون المفهوم البيولوجي للتخوذ (اللاسموية) ، والذين يعدون المرض العقلي بمثابة أى مرض آخر — يفترض هؤلاء — على نحو مميز أن السبب الرئيسى للسلوك الشاذ يكمن في خلل أو نقص في التكوين البيولوجي للفرد • ومن الوجهة النظرية فإن هذا الافتراض يعد واحدا فقط من ثلاثة

سدج بيونوجية • فهناك أيضا النموذج الاغراطى أو التخفى *surfeit* لدى، يفترض افراها في التركيبية البيونوجية للفرد، وكذلك نموذج الكائن المرض *Pathogen* أو الجسم الغريب الذى يعزو الشذوذ الى استدخال مادة غريبة في الجسم • ويعد نموذج الخل أو القصور النموذج المميز، نظرا لآئه من الممكن تفسير النموذج الاغراطى أو التخفى بوصفه نتيجة لخلل أو نقص في آلية (ميكانيزم) التحكم أو الضبط، كما يمكن النظر الى نموذج الكائن المرض أو الجسم الغريب بوصفه مؤديا الى خلل أو نقص أو مسيبا لهما •

وهناك نطاق واسع من الفروق الفردية في التشريح أو التركيب البنيوى، والذى يقع داخل حدود «عادية» • فلكل فرد تركيب مضمي متميز، كما أن لكل فرد نظاما هرمونيا متميزا • وربما كانت تلك الفروق أكثر أهمية في تحديد السلوك من الأحداث البيئية • وفوق ذلك فانه اذا أمكن للعوامل الوراثية تفسير الفروق القائمة بين أنواع الكائن الحي فانه يمكن اذن أن نفترض امكانية تفسير تلك الفروق بين الأنواع بالطريقة ذاتها (Williams, 1960) •

وقد احتدم النزاع بشكل حاد في علم النفس الأكاديمي خلال الثلاثينيات والأربعينيات من هذا القرن حول طبيعة التعلم وحول السؤال المطروح آنذاك: « ما الذى يتعلم؟ » (Spence, 1951) Kendler, 1952 وقد اعتقد كل من «جائرى» (Guthrie; 1930;1942) و « سبينس » (Spence, 1936) وكذلك « هل » (Hull; 1943) أن الحيوان يتعلم الروابط بين المنبه والاستجابة (S-R) • وحاول «تولمان» (Tolman, 1948) كذلك البرهنة على تعلم الحيوان للمعطيات المعرفية، كما يتعلم التوقعات أو الترابطات بين المنبه والمنبه (S-S) أما المعارضون فقد كانت لهم أساليبهم المختلفة في تناول النظرية، كما كان لهم منهجهم الخاص الذى فضلوه في التعامل معها، بحيث



أجروا أنواعا مختلفة من التجارب العلمية ، ولكنهم استخدموا أيضا  
فئران ذات تكوينات وراثية مختلفة (Wiggins et al.; 1971) .

وقد تمكن « جونز ، فينيل » (Jones & Fennell, 1965) من الحصول على مجموعة من الفئران من كل مختبر تجريبي لمقارنة أداء المجموعتين . وقد وجدا فرقا رئيسا بينهما من حيث سرعة الأداء ونوعه ، وقد جاء هذا الفارق منسجما مع نظريات علماء النفس الذين استخدموها . فعالم مثل «سبينس» وكذلك مؤيدوه — الذين أقاموا الدليل والحجة على تعلم الحيوانات للروابط بين المنبه والاستجابة — قد استخدموا الفئران التي كانت قد كيفت بطريقة توجهها بقوة نحو الهدف ، كما مالت تقريبا الى الغفلة عما يحيط بها . أما «تولمان» ومؤيدوه — والذين حاولوا البرهنة على اكتساب الحيوانات لا هو متوقع منها ، وعلى تشكيلها « لخرائط عقلية معرفية » Cognitive maps — فقد استخدموا فئرانا قضت فترات طويلة من الوقت في نشاط استكشافي .

### نظريات التشكل البنوي

تفترض نظريات التشكل البنوي Morphology أن هناك علاقات مهمة بين بنية الجسم والسلوك أو الشخصية ، وتتمثل هذه النظريات في كثير من الأفكار النمطية والشائعة عن العلاقة بين تركيب الجسم والشخصية . فمن « المعروف جيدا » — على سبيل المثال — أن البدناء من الناس مبتهجون مرحون ، وأن لذوى الرؤوس الحمراء مزاجا متقددا ملتها ، فهم سريعو الغضب ، كما يميل الشقر والشقراوات بشكل أكبر الى المزاح والهزل والهو ، أما ذوو البشرة السمراء الداكنة فانهم انفعاليون عاطفيون شهوانيون . وأخيرا فان شخصيات ذوى البنية الطويلة المنيئة بالعظام ترتبط بالذكاء والميل الى الانسحاب من الاتصالات الاجتماعية .

وقد وجدت نظريات التشكل البنيوي على عهد «شيكسبير» :

« فليكن حولي رجالٌ بدينون ،

ورؤوس خاوية ناعمة — رجال ينامون ملء جفونهم »

أما «كاسيوس» هذا النحيل ، فنظراته متعطشة متسائلة

انه يفكر أكثر من اللازم — أمثال هذا الرجل خطرون »

( يوليوس قيصر )

: وقد كان «لأبوقراط» ( ٤٦٠ — ٣٧٧ ق م ) فضل السبق الى ابتداء العمل في هذا المجال (Hall & Lindzey; 1978) .

وفي أواخر القرن الثامن عشر أنشأ « جون لافيتار » (John Lavater, 1789) نظرية في الشخصية اعتمدت على علامات شخصية مثل الأنف النحيل ، والفم الدقيق ، والعيون الساحرة الجذابة . وفي بداية القرن التاسع عشر قام «جال» سبارزهايم (Gall & Spurzheim, 1809, 1810 ; Gall; 1835) بتطوير ما يسمى بـ « فراشة » الجمجمة « Phrenology » والتي قصد من ورائها الى أن تكون علما يهتم بالعلاقة بين سمات الشخصية والمناطق المتحركة في رؤوس الناس . ولكن « ارنست كريتشمار » و « ويليام شيلدون » ربما كانا أكثر شهرة بين من عرفوا بتأييدهم لوجهة النظر المبنية على التشكل البنيوي أو المورفولوجيا .

**ارنست كريتشمار ( ١٨٨٨ — ١٩٧١ ) Ernest Kretschmer**

كان لـ «ارنست كريتشمار» الفضل في وضع مبادئ طريقة لدراسة الشخصية بحيث عدت أول طريقة بيولوجية معاصرة تهتم بتلك الناحية (Liebert & Spiegler; 1978) . وقد كان «كريتشمار» طبيباً نفسياً ألمانيا . وفي غضون ممارساته الاكلينيكية أصبح مقتنعا بوجود علاقات مهمة ودالة بين بنية الجسم والسلوك وبخاصة ذلك السلوك الذي يرتبط

بذهان الهوس الاكتئابي والفصام ، كما أصبح مقتنعا بأن الحالات  
الذهانية تضخيم السلوك السوى العادى .

وقد قام «كريتشمار» بجمع عدد من القياسات لأكثر من سبعين  
صفة بدنية ، واتخذ منها أساسا للتعرف الى ثلاثة أنواع رئيسة من  
بنية الجسم أو الجيلة ، وهى : البنية الضعيفة الواهنة Asthenic  
والبنية الرياضية Athletic ، والبنية البدنية المكتنزة Pyknic كما حدد  
عددا صغيرا من الأنواع الشاذة غير السوية والتي أطلق عليها البنية  
المشوهة Dysplastic .

وقد وصف البنية الضعيفة الواهنة - والتي يشار إليها أحيانا  
بـ « الجسد النحيل » Leptosomatic بأنها سهلة المكسر ، ضعيفة  
وطويلة كأنها خيط ، ووزنها أخف من السوى أو المطلوب ، بينما تحتفظ  
بقامة متوسطة الطول . وصاحبها ذو بنية عجفاء هزيلة ، يبدو أطول مما  
هو عليه ، وجلده ضعيف فى افرازاته ودمه ، كما أن كتفيه ضيقتان ،  
بحيث يتدلى منهما ذراعان بمضلات ضعيفة واهنة ، ويدين رقيقتي  
العظام . وصدره طويل ضيق مستو بحيث يمكن عد أضلاعه - ذو زاوية  
حادة ، ومعدة ضعيفة رقيقة ... (Kretschmar, 1925, P.21)

أما البنية الرياضية فقد وصفها بأنها نامية العضلات قوية ، ذات  
كتفين عريشين ، وصدر نام ومنبسط على نحو جيد ، وخصر ضيق  
عميق .

وفىما يتعلق ببنية الجسم البدن فانها تتميز بنمو محيطى واضح  
فى تجويفات الجسم ( كالرأس ، والثدى والبطن ) ، كما تميل الى  
توزيع الدهن ونشره حول الجذع ... ذات طول متوسط ، وشكل  
مستدير ، ووجه عريض رخو فوق رقبة قصيرة ممثلة وغليلة ، جاثمة  
ومستقرة بين الكتفين . وهى ذات كرش دهنى ضخم ناتئ من الصدر

المقنطر العميق المكتنز ، والذي يتسع إلى الخارج متجها إلى الجراء  
الأسفل من الجسم (Kretschmer; 1925; P. 29) ♦

أما النوع الرابع — البنية المشوهة — فقد ذكرت للإشارة إلى  
الجوانب المنحرفة من بنية الفرد ، وقد وصفت بأنها « نادرة مشيرة  
للدهشة وقبيحة » ♦

وقد وجد «كريتشمار» أن مرضاه الذين كانوا يعانون من هوس  
اكتئابي ذوو قامة بدينة مكتنزة أساسا ، كما اكتشف ارتباط الفصام  
بالأنواع الثلاثة الأخرى لبنية الجسم ، وبخاصة البنية الضعيفة  
الواهنة ♦ وبناء عليه فقد عد البنية الجسمية مرتبطة بالميل إلى الشذوذ  
والاستعداد له ، واقترح استخدام نمط الجسم في التنبؤ بالاضطراب  
الذي يمكن أن يتكشف أو يظهر لدى فرد ما ، إذا ما اعتراه مرض  
عقلي ♦

وفي قياس البنية الجسمية فقد قام «كريتشمار» بتطوير قائمة  
مفصلة بحيث يتم ملؤها بينما الشخص واقفا في مواجهته وهو عار  
تماما ♦ ولكن بيانات «كريتشمار» قد وصفت بأنها مضطربة مشوشة  
في حد ذاتها ، كما أنها تؤدي بدارسها إلى التشوش والاضطراب  
(Paterson; 1980) ♦ وعلى الرغم من تلك القائمة فإن «كريتشمار»  
قد اعتمد إلى حد كبير في الحصول على معلوماته على الاستبصار  
والملاحظة ، معطيا لعملية القياس والعد اعتبارا ثانويا (Sheldon;  
Stevens & Tucker, 1940)

وقد أكدت دراسات قليلة في وقت لاحق ملاحظات «كريتشمار»  
(انظر مثلا: Anastasi; Wittman; Sheldon & Katz; 1948 ;  
1949) & Foley ؛ ولكن في كثير من تلك الدراسات — كما في عمل

«كريتشمار» الأصلي — فان هناك امكانية اللجوء الى تفسيرات بديلة.

ولم يقيم «كريتشمار» باتخاذ التدابير اللازمة للتحكم في تأثيرات العمر أو الوضع الغذائي لدى مفحوصيه (Rees; 1961) فتشخيص الفصام مثلا يميل الى الارتباط بصغار الناس بشكل أكثر من ارتباط الذهانات الوظيفية الأخرى بهم — حيث وصف في الأصل على أنه خبل مبكر أو ناشئ قبل أوانه ( انظر الفصل الثاني ) ، كما نظر الى الاكتئاب الهوسى بوصفه اضطرابا يحدث للمرة الأولى حين يتراوح عمر المريض بين ٢٠ — ٣٥ عاما (Arieti, 1974b) ولكن تشخيصه قد لا يتم حتى يعترى المريض للمرة الثانية أو الثالثة ، وحتى تصبح طبيعة الاضطراب الدورية واضحة . فبنية الصغار من الناس أكثر نحافة وضالة بوجه عام .

كذلك لم يقيم «كريتشمار» بالبرهنة بوضوح على وجود سبب بيولوجى للمرض العقلى بدلا من السبب السلوكى الناجم عن بنية الجسم ، فالفصام مثلا يرتبط غالبا بالانطواء وبتأريخ من الانسحاب الاجتماعى التدريجى ، وهذه الحالة لا تؤدي الى نمو عضلى قوى .

وهناك طرق عديدة قد يحدث من خلالها ترابط بين بنية الجسم والسلوك ، فبالإضافة الى ما قد تفرضه بنية الجسم من قيود على السلوك ، وبالإضافة كذلك الى المحدد (العامل) الوراثى المشترك ، فان بعض الأحداث البيئية قد تؤثر في كل من الجسم والسلوك على السواء . فمثلا قد يصعب القلق والاكتئاب اذا ما كانا استجابات للأحداث البيئية، أنماط سلوكية مميزة تشتمل على تغيرات في الشهية بحيث تؤدي الى تغيرات في وزن البدن وهيئته ، كذلك فان الضغوط والمناسبات الاجتماعية التى تأتى استجابة للمظهر الجسمى للفرد قد تشجع أنماطا سلوكية معينة على الظهور ، بل قد تشجع الفرد حتى على تقلد مهن أو وظائف معينة (Lindzey, 1967) .

أما نواحي القصور الأخرى فى نظرية «كريتشمار» فقد تضمنت تأكيداً على فئتين تشخيصيتين فقط هما : تصنيف الناس الى مجموعات أو أنماط منفصلة متقطعة ، واخفاقه فى أخذ الشخصية السوية بعين الاعتبار .

ونظراً لأن «كريتشمار» قد آمن بأن الحالات الذهانية تضخيم للسلوك السوى ، فإنه قد اعتقد كذلك بأن العلاقة بين بنية الجسم والمرضى العقلي ربما كانت موازية أو مطابقة للعلاقة بين بنية الجسم والشخصية السوية . ولكنه على كل حال لم يقدم أى بيانات مؤيدة لفكرته ، فظلت كذلك حتى تلقفها « ويليام شيلدون » ليطورها فى نظريته المعروفة باسم التشكل البنيوى أو المورفولوجى ، والتي كانت فى جوهرها نظرية سمات .

ويليام هـ. شيلدون William H. Sheldon ( ١٨٩٩ - ١٩٧٧ )

نشأ « ويليام شيلدون » فى محيط زراعى ، وقد تأثر احراكه وتصوره للسلوك الانسانى فيما يبدو بحياته فى صباه وعلاقته القوية بوالده الذى كان عالماً بالطبيعة ومربياً للماشية . وفى مرحلة ما من حياته فقد أوصى حتى بالتحكم فى مستقبل الجنس البشرى بالطريقة ذاتها التى يتحكم بها فى مستقبل الماشية .

وقد تناول «شيلدون» أنماط الجسم التى ذكرها «كريتشمار» ، وفسرها «شيلدون» من حيث كونها متغيرات مستمرة . وقد ميز ثلاثة مكونات رئيسة فى بنية جسم أى فرد ، أولها : الدهن والجهاز الهضمى الذى ينشأ من الطبقة الداخلية endoderm من نسيج الجنين ، وثانيها : العضلة ، والعظم ، والنسيج الضام الذى ينشأ أساساً من الطبقة الوسطى mesoderm من نسيج الجنين ، وثالثها : المخ والجهاز العصبى المركزى الذى يشتق من الطبقة الخارجية ectoderm من الجنين .

ويتفاوت النمو النسبي لهذه الأنسجة من شخص إلى آخر :  
فنمو الطبقة الداخلية من نسيج الجنين بشكل غالب يعطى دفعة لعملية  
تطور أنسجة التركيب الداخلى المتبقية عنها ، أى البنية المكتنزة  
Endomorphy . وهى بنية تنبئها بذلك النمط الذى أسماه «كريتشمار»  
بالبنية البدنية . وقد أطلق «شيلدون» وآخرون (Sheldon et al., 1954)  
على هذا النوع من الناس الحوت وفرس النهر ، وفيما يتعلق بحالتهم  
المزاجية فقد عدهم من النوع الرخو الحجب للاسترخاء والاستجمام  
والإكل ، بالإضافة الى نزعتهم الاجتماعية وجبهم للاختلاط بالآخرين .  
أما نمو الطبقة الوسطى من نسيج الجنين (الميزوديرم) بشكل سائد غالب  
فانه يعطى دفعة لنمو الأجزاء الرئيسية فى هذه الطبقة من البنين ،  
فيؤدى الى البنية المتوسطة Mesomorphy ، والتي تشبه النمط الذى  
أسماه «كريتشمار» . بالبنية الرياضية . وقد وصف «شيلدون» شخصية  
أصحاب هذا البنين بالنشاط والفعالية ، والميل الى التوكيد والجزم ،  
كما وصفها بالشجاعة والجرأة . كذلك فقد قارن هؤلاء الأشخاص باليوم  
والفسور .

أما غلبة نمو الطبقة الخارجية من البنية فانها تؤدى الى نمو النمط  
الخارجى التركيب أو البنية النحيلة Ectomorphy ، وهو هيئة بدنية  
شبيهة بما أسماه «كريتشمار» بالشخص النحيل ، وهى شخصية مكبوتة  
مقيدة ، مليئة بالخوف ، متطوية على نفسها ، مولعة بالفن وتقدير  
الجمال . وقد قارنها «شيلدون» بأنواع مخلفة من الحشرات .

ويشار الى هيئة البدن — كما تبدو فى أى لحظة من اللحظات —  
بـ « الطراز الظاهرى Phenotype » . والذي يعد نتاجا لعديد من  
التغيرات الغذائية والبيئية المميزة للعنفة والشخصية والتي تمارس  
تأثيرها على الطراز الوراثى Morphogenotype لفرد أو جماعة — والذي  
هو بدوره هيئة بدنية افتراضية ناتجة كلية من المورثات (الجينات) —

وبالتالى فهى الهيئة أو الشكل الذى يرتبط ارتباطا قويا بالشخصية •  
ولكى يتم تقدير شكل البنية الوراثية لفرد أو جماعة ما فان «شيلدون»  
قد أخذ قياسات مختارة تتعلق بالطراز الظاهرى ، والذى عبر عنه  
بـ «بنية الجسم» (Somatotype) (Sheldon et al., 1964 ; Rychlak ;  
Hall & Lindzey, 1974) •

ومن خلال الملاحظة الدقيقة ، وسلسلة من القياسات التى قام بها  
للطرز الظاهرية عبر فترة من الزمن ، استطاع «شيلدون» الوصول الى  
مجموعة من الاستنتاجات المتعلقة بأبنية الجسم والمتعلقة بالتالى بأشكال  
البنىات الوراثية • وقد تم أخذ سبعة عشر قياسا جملة واحدة ، بحيث  
عبر عنها على أنها نسب الى طول الفرد • كما اختزلت تلك القياسات  
عادة الى تقديرات — تتم على مقياس مدرج مكون من سبع نقاط —  
للعناصر الرئيسية الثلاثة المكونة لبنية جسم الفرد • وقد هأت تلك  
القيم التقديرية الفرصة للتعبير عن بنية الجسم فى رمز مكون من ثلاثة  
أرقام • فمثلا ، تصور الأرقام ٧ — ١ — ١ نمطا متطرفا للتركيب  
المكثز ، وتصور الأرقام ١ — ٧ — ١ نمطا متطرفا للتركيب المتوسط ،  
بينما تصور الأرقام ١ — ١ — ٧ نمطا متطرفا للتركيب الفصيل •

وبانتهاء عام ١٩٥٤ أتم «شيلدون» جمع بيانات عن ٤٦٠٠٠ حالة ،  
كما أتم بناء مجموعة من الجداول التى تضمنت مختلف النسب • وقد  
أعدت تلك الجداول بحيث قسمت الى مجموعات عمرية تضم كل منها  
خمس سنوات ، وبحيث شملت مدى عمريا تراوح بين ١٨ — ٩٥ عاما •  
وبالتالى فانه اذا أمكن معرفة طول الفرد ووزنه وعمره فانه يمكن  
الرجوع الى الجدول المناسب حيث يوجد عدد صغير من الأبنية الجسمية  
الأكثر نموذجية ، ويمكن اختيار البناء الجسمى الأكثر تلاؤما ( مع طول  
الفرد ووزنه وعمره ) اما بتفحص القياسات البدنية الحقيقية أو بمعانية  
بسيطة لتلك الأبنية •



وفي ربط البنية الجسمية بالشخصية ففقد مال «شيلدون» إلى التأكيد على العنصر البنائي السائد أو الغالب • ولكنه مال في ربطه بين البنية الجسمية والمرض العقلي إلى التأكيد على العنصر الأقل نموا بحيث ربط بين وجود الأعراض الطبية النفسية وغياب النمو البدني (Wittman, Sheldon & Katz; 1948 ; Sheldon et al., 1949) .

فقد ربط مثلا بين ذهان الهوس الاكتئابي وبنية الجسم الرموز لها بـ ٧ - ٧ - ١ ، ثم ذكر (١٩٤٩) أن ذلك لا يصف وحدة مرضية ، بل يصور نمطا من الاستجابة يكون الانعدام المرضي للكف فيه هو السمة المميزة الثابتة • كما ربط بين الفضاض الهذائي وبنية الجسم الرموز له بـ ١ - ٧ - ٧ مشيرا إلى أن النمط الاستجابي الذي يسميه الأطباء النفسيون بالهذائي أو الاسقاط الهذائي - الاستجابات المادية - يحمل سمة ثابتة مميزة تتمثل في افتقار شاذ فريد إلى الحنو والشفقة •

وقد انتقد «شيلدون» في عمله انتقادا لاذعا ، فقد قام بنفسه بعمل مجموعتين من التقديرات لكل من البنية الجسمية والحالة المزاجية ، ومن ثم فإن ذلك ربما قد أدى دون قصد منه إلى جعل نتائجه متحيزة لصالح نظريته •

فقد وجد «ليندزي» (Lindzey; 1967) مثلا أن التوائم الصنوية - والتي ينبغي لها الحصول على درجات في بنية الجسم مترابطة ترابطا تبادليا تاما - قد حصلت على معاملات ارتباط بلغت فقط ٠.١٣ بالنسبة للأنثى و ٠.٣٦ بالنسبة للذكور • وفي حين توهي نتائج بعض الدراسات بأن بنية الجسم ثابتة أثناء فترة المراهقة وفترة الرشد أو الرجولة (Hammond, 1957. Rees, 1961) ، وهي بالتالي محددة بصفة جوهرية بالعوامل الوراثية ، فإن دراسات أخرى قد وجدت تلك البنية تتغير بشيء من الجوع (Lesker; 1947) كما تتغير مع العمر

• (Newman, 1952 ; Verghese, Large & Chiu, 1978).

كذلك فقد عبرت بعض الدراسات عن قلقها واهتمامها بنقاء أبعاد «شيلدون» وتجانسها . فهناك من البراهين ما يشير الى أن هناك عنصرين أساسيين لبناء الجسم ، وأن كلا من التركيب الفارضى والتركيب الداخلى طرفان متضادان للبعد ذاته (Sills, 1950; Ekman, 1957; Humphreys ; 1952 ; Howells ; 1951 ، كما أشار «بيفلاس» (Bavelas, 1978) الى أن «شيلدون» حين استخدم مصطلح «ألتراج» Temperament فإنه كما يبدو قد عني به أمرين مختلفين : السلوكيات التي يمكن ملاحظتها ، وما قد يكون لدى الشخص من دافع يدفعه الى السلوك بطريقة معينة .

وأخيراً فإن هناك الاهتمام ذاته الذي سبق التعبير عنه بالنسبة لنظرية «كريتشمار» فيما يتعلق باحتمال وجود علاقة سببية تكمن وراء معامل الارتباط الملاحظ بين بنية الجسم والسلوك . فقد حاول «شيلدون» أن يؤيد المحدد البيولوجي للسلوك ، ولكنه قدم فقط معلومات وبيانات متصلة بمعامل الارتباط .

ومع ذلك فإنه على الرغم من أن معامل الارتباط ليس عالياً بالقدر نفسه الذي أكدته «شيلدون» بالحجة والدليل ، فإن هناك ارتباطاً إيجابياً بين تلك التفسيرات (Child, 1950 ; Hanley, 1951 ; Davidson 1962) Mc-Innes & Parnell, 1957 ; Walker; 1962) . وفوق ذلك فكلما كان هناك اتفاق عال بين التقديرات المأخوذة للفرد نفسه فإن القياس الجسمي يعد إجراء يمكن الاعتماد عليه والوثوق به الى حد معقول حين يتم تنفيذه من جانب مقدرين ذوي خبرة جيدة (Tanner, 1954, Brouwer, 1957) .

## الاصابة المخية Brain damage

. يمكن لهيئة الجسم تحديد السلوك وتقريره بطريقة واضحة اذا استخدمت بشكل مباشر في السلوك الذي هو محل للتساؤل . فالرجل المكسورة مثلا تعد محددا مباشرا لاعاقة الحركة . فاذا لم تكن الهيئة Form بناء تشكليا عاما كالرجل ، بل كانت بناء تشريحي كالمخ فان امكانات تحديد السلوك تتعدد وتكثر .

ان الفروق داخل النوع الواحد في تركيب المخ فروق كبيرة كذلك التي توجد بين الأنواع ، وابتداء من مولد الفرد فصاعدا توجد فروق جوهرية بين الأفراد في عدد الخلايا العصبية وحجمها وتنظيمها بالاضافة الى معالم المخ ومقوماته التشريحية الأكثر عمومية (Lashley, 1947) وأنه لما يؤسف له أن تلك التغيرات والاختلافات في تشريح المخ لم تنل من اهتمام العلماء والباحثين الا قدرا ضئيلا نسبيا ، وبناء عليه فانه على الرغم من التقيد بالمفهوم القائل بأن البنية التركيبية تحدد الوظيفة الا أن المطومات المتاحة في هذا الصدد ضئيلة وبخاصة فيما يتعلق بكيفية اتصال تلك الفروق التشريحية بالفروق السلوكية وعلاقتها ببعضهما ببعض . وما يتوافر لدينا من مطومات يتصل معظمه بالأنماط الاستجابية الشائعة .

## مفهوم الاصابة المخية

هناك ثلاثة مداخل متميزة يلجأ اليها العلماء في دراستهم للتأثيرات السلوكية الناجمة عن الاصابة المخية ، وهي المداخل الطبية النفسية ، والنفسية ، والعصبية النفسية .

## المدخل الطبى النفسى Psychiatric

وهو ببساطة طريقة وصفية ، كما أنها أكثر الطرق بساطة وخطوا

من التعقيد • وتتبع النموذج الطبى من حيث اتصالها. « بالزملات المخية العضوية » O.B.S. وطبقا لما ورد فى التصنيف الدولى التاسع للأمراض ICD-9 ، وفى الطبعة الثانية من الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض العقلية DSM-II فان تلك الزملات المخية تتكون من خمسة أعراض : قصور التوجه ، وقصور الذاكرة ، وقصور جميع الوظائف الفكرية كال فهم والاستيعاب ، والعد ، والمعرفة ، والتعلم ... الخ ، وقصور الحكم ، وسطحية الانفعال أو الوجدان وعدم استقراره • وطبقا للرابطة الأمريكية للطب النفسى (APA, 1968, P.22) فان :

« زملة الاصابة العضوية فى المخ تعد حالة عقلية أساسية ناتجة — بوجه خاص — عن قصور انتشارى Diffuse impairment فى وظيفة أنسجة المخ لأى سبب مؤد الى ذلك • ومعظم الأعراض الأساسية موجودة بصفة عامة لدرجة ما ، بصرف النظر عما اذا كانت الزملة خفيفة أو متوسطة أو شديدة » •

وتعد الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات العقلية DSMIII أكثر تفصيلا من سابقتها فيما يتعلق بالتفريق بين الزملات المخية العضوية والاضطرابات العقلية العضوية • اذ يكمن الفارق الأساسى بين الاثنين فى البرهنة على سبب عضوى معين للاضطرابات العقلية العضوية • ومن وجهة نظر طبية نفسية فان هذه البرهنة ماتزال على كل حال شرحا وصفيا فى المقام الأول •

### الدخل النفسى Psychological

وهو مدخل يعتمد بشكل غالب على دراسة أسباب المرض أو

الدوافع المؤدية اليه ، ويشير الى أن العلاقة بين الاصابة المخية والسلوك يمكن أن تكون اما مباشرة ، أو غير مباشرة ، أو مطلقة محررة ، أو تعويضية .

فمن الممكن الوقوف على التأثير السلوكي المباشر اذا حدد موقع السلوك أو القدرة في منطقة مخية معينة ، وستظهر اصابة تلك المنطقة اذن في قصور السلوك المقابل لتلك المنطقة .

أما التأثير السلوكي غير المباشر فانه سيقع عندما يكون السلوك المتأثر بشكل مباشر ضروريا لاكتساب أو اظهار سلوك ثان أو قدرة ما من القدرات . فالطفل مثلا قد لا يتعلم أو يتحدث اما بسبب الاصابة الحادثة لمناطق المخ المسؤولة عن التحدث ( تأثير مباشر ) ، أو لأن اصابة المناطق المسؤولة عن القدرات السمعية قد أعاققت الطفل عن القدرة على تعلم كيفية التحدث بطريقة عادية ( تأثير غير مباشر ) . فكل من التأثيرات المباشرة وغير المباشرة تفترض تحديد الموقع في الأداء المخي ( انظر (Krech, 1962 ; Yacorzynski : 1965) .

أما بالنسبة للسلوك الصادر عن الفرد فانه يدرك عندما توجد الاصابة في المخ في مناطق المخ أو أجهزته المشتعلة على وظيفة كفية . وقد أشار «هولينجر جاكسون» Jackson (١٨٣٤ - ١٩١١) الى أن الأعطاب Lesions المدمرة لا تؤدي مطلقا الى تأثيرات ايجابية ، بل الى أعراض سلبية قد تمنح فرصة لظهور نتائج ايجابية . وعلى الرغم من أن تلك الفكرة قد جاءت سابقة لبافلوف الا أنها تتسق مع فكرته المعروفة بالوظيفة الكفية للحاء المخ ، والتي بواسطتها يمكن للاصابة المخية فحسب أن تمكن من الظهور شيئا ما كان موجودا طول الوقت ، كما تستمد تلك الفكرة تأييدا ومساندة من الأعمال المبكرة التي قام بها عالم وظائف الأعضاء الروسي « ايفان سيشانوف » Sechanov ( ١٨٢٩ - ١٩٠٥ ) .

ومعظم أنظمة الاستجابة تشتمل غالبا على نظام كفى تكميلي قادر على الامداد بتأثير كايح موهن (Valenstein, 1973) ، ومن المعتقد أن الفترات الالمايائية التي ترى أثناء مراحل التخيدير المبكرة أو المسكر الكحولى ناتجة عن قمع تلك الأنظمة الكافة . ومن الممكن تصور الطفل ذى النشاط الزائد ، والشخص السيكيوباتى ، وزملة الفص الجبهى من الدماغ من حيث كونها جميعا وظائف كفية قاصرة أو ضعيفة .

وقد يحدث فى بعض الأحيان أن يعانى شخص ما من قصور سلوكى أو علقى نتيجة لاصابة مخية ، ولكنه يتخذ شكلا آخر من السلوك الذى لا يقوم فحسب باخفاء القصور بل بالتعويض عنه كذلك، وهذا يمكن الفرد من متابعة أدائه . فعقد العقد فى منديل اليد واستخدام دفتر لتدوين اليوميات أو المواعيد أمثلة شائعة للتعويض عن الذاكرة المعيبة أو المصابة بالنسيان . وبالنسبة لكبار السن أو الكهله ومدمنى الكحول فإنه من الممكن لسلوكهم التعويضى أن يصبح واضحا صريحا جدا ، فاذا مورس بصلابة وصرامة فإنه قد يفقد كذلك بعضا من خصائصه التكيفية .

### المدخل العصبى النفسى

خلال الفترة الواقعة بين العشرة الى العشرين سنة الماضية نشأ مجال فرعى منبثق عن علم النفس الاكلينيكي تحت اسم « علم النفس العصبى الاكلينيكي » Clinical neuropsychology . ويهتم هذا الفرع بدراسة العلاقة بين المخ والسلوك . وتبعاً لذلك فقد تركزت المهام التى يقوم بها المتخصص فى هذا الفرع فى التعرف الى التغيرات الحادثة فى السلوك والمرتبطة بالظل الوظيفى فى المخ بالاضافة الى القيام بقياسها ووصفها (Parsons; 1970; Lenzak. 1976) .

وقد اشتهر فى هذا المجال ثلاثة رجال : « جري والتر » (Walter) ، 1953 ; Walter & Crow; 1964 ; Walter ; Weinberg & Cooper,

(1973) و « آرثر بينتون » و « رالف ريتان » ؛ (Reitan; 1955)  
• Reitan & Davison; 1974)

وقد اشترك « بينتون » في عمل تشخيصي في إطار تربوي تعليمي ، حيث عمل مع مجموعة من المربين وعلماء اللغة النفسيين ، كما ركز جهده على الحبسة الكلامية aphasia والاضطرابات المتصلة بها . أما « جري والتر » فقد اهتم في عمله بصفة أساسية بالعلاج ( الجراحة النفسية ) . وقد بنى « رالف ريتان » جهوده على ما قام به « وارد هالستيد » (Ward) •  
• Halstead, 1947, 1951)

مبكرا من عمل ، حيث عمل « ريتان » — على نحو وثيق — مع أطباء الأمراض العصبية وأطباء الجراحة العصبية في تطوير بطارية اختبارات تشخيصية ، حتى يتمكن طبيب الجراحة من استخدامها في التعرف بدقة الى ما يتوقع حدوثه حين يتم فتح الجمجمة •

و « ل رالف ريتان » على وجه الخصوص تصور عقلى ذو متغيرات متعددة للاصابة المخية ، وهذا التصور متعارض مع ما قام به علماء النفس الاكلينيكيون من عمل مبكرا ، اذ تميل البحوث والدراسات التي أجريت مبكرا الى تصور المخ بوصفه متجانسا كما لو كان قطعة من شريد ، كما كانت هذه النظرة مقيدة الى حد كبير بالتمييز بين المرضى المصابين بأمراض عضوية والمصابين بأمراض غير عضوية ، مع الافتراض بأن لكل مجموعة منهما ما يميزها عن غيرها بما تجديه أثناء الاختبار من استجابات وسلوك •

### ابعاد الاصابة المخية

استطاع « ريتان » وزملاؤه التعرف أثناء عملهم الى عديد من المتغيرات البيولوجية التي تؤثر في ما ينجم عن الاصابة المخية من نتائج

اجتماعية ونفسية ، ومن هذه المتغيرات : نوع الإصابة ، وموقعها ، ومدتها أو شدتها ، وعمر المريض ، ومدة الإصابة . ومن الممكن أن نضيف الى هذه المتغيرات شخصية المريض قبل نزول المرض به .

### نوع الإصابة

ليست الإصابة المخية ظاهرة ذات بعد واحد ، فبالإضافة الى الدمار الميكانيكي الناجم عن إصابة الرأس الجرحى الرضى أو الصدمى Traumatic هناك أيضا الأورام الليفية العصبية Gliomata الناشئة داخل المخ ، والأورام الناجمة من السحايا Meninges أو الأغشية والأهداب المغلفة للمخ ، والنزيف الدموى داخل الجمجمة ، وتصلب شرايين المخ Arteriosclerosis وفقدانها للدانتها ومرونتها ، وتجمع مواد دهنية شحمية ونسيج ضام Connective tissue فى الشرايين المخية ، والتي ترتبط بالتغذية التي تحتوى على نسبة عالية من الكوليسترول .

وقد قدم «ريتان» وزملاؤه برهانا على التأثيرات الفارقة الناجمة عن الأنواع المختلفة للإصابة المخية ، على أداء المريض وإنجازه فى الاختبارات النفسية . ولكن تلك التأثيرات الفارقة قد لوحظت كذلك فى الأداء الوظيفى العام من حياة المريض . فعلى سبيل المثال : تنمو الأورام الناجمة من أغشية الدماغ أو سحايا المخ بشكل بطيء عادة الى حد أن فقدان الأداء أو الوظيفة يسير فى بداية الأمر بشكل تدريجى بحيث يستطيع المريض أن يعوض عن هذا الفقدان دون أن يتعرض . لقصور كبير فى التكيف الاجتماعى .

ويعد الورم الدموى تحت الأم الجافية : Subdural haematoma محل اهتمام خاص لدى علماء علم النفس المرضى نظرا لأنها غالبا ما تكون مصحوبة بتدهور فى الفعالية النفسية والاجتماعية على نحو تدريجى تقدمى ، مع انعدام العلامات العصبية النمطية . وتتضمن الأعراض المميزة مستوى متقلبا من الوعي والادراك بحيث يشتمل على



كسل وخمول ، وبطء عقلى ، وتشوش واضطراب • كما ترتبط تلك الأعراض غالبا مع الصداغ •

## موقع الاصابة Locus

لقد أصبح هناك مدرستان فكريتان متعارضتان فيما يتعلق بوجهة نظر كل منهما تجاه مواقع الوظائف العقلية فى المخ • وقد قدمت الفكرة القائلة بوجود موقع مفصل للصفات أو الخصائص العقلية المميزة فى اللحاء المخى منذ وقت مبكر جدا ، أى فى عام ١٦٦٤ على يد « ثوماس ويليز » Thomas Willis ، فخلال القرن التاسع عشر قام « جاك ، سبورزهايم » والمتخصصون فى الفراسة بتفصيل القول فى تلك الفكرة ولكنهم ووجهوا بمعارضة من قبل «فلورينس» Florens الذى افترض أن اللحاء المخى بأكمله متساو فى جهده •

وقد قدمت هاتان المدرستان الفكريتان نفسيهما فى البحوث والدراسات السيكلوجية التى أجريت فى القرن العشرين ومنهم «هـ» (D.O Hebb, 1949) الذى أيد فكرة وجود مواقع للاداء فى المخ ، وكذلك «لاشلى» (K. Lashley, 1942) والجشتالتيون المؤيدون لمبدأ الفعل الكلى أو العمل الجماعى mass action أو النظرية المجالية Field theory للاداء الوظيفى اللحائى •

وقد أسفرت البحوث والدراسات اللاحقة بعد ذلك عن مزاعم عديدة بمواقع القدرات المختلفة فى مناطق عامة بالمخ ، ولكن هذه المزاعم فى الغالب متضاربة وغير متنسقة بعضها مع بعض ، كما أنها متناقضة من حيث تحديدها للمناطق التى تعتمد عليها وظائف المخ •

ان البيانات التجريبية التى تساند بوضوح موقع الوظيفة ومركزها

في المخ قد تعرضت لنقد شديد من قبل «فالينستين» (Valenstein, 1973) الذي أشار الى أن الأقطاب الكهربائية electrodes التي يبدو موقعها في المكان نفسه في حيوانات مختلفة تثير سلوكا مختلفا ، بينما الأقطاب الكهربائية الواقعة في مواقع مختلفة من المخ قد تثير السلوك ذاته في الحيوان الواحد . وقد افترض كذلك بأن جزءا كبيرا من المشكاة قد يرجع الى عدم تنظيم المخ أو ترتيبه بأجهزة تتسجم مع المسميات النفسية . فالذكاء مثلا مفهوم نفسى مفرد ، ولكنه يتضمن على الأرجح أجزاء عديدة مختلفة من المخ .

ومن الممكن أن نميز في المخ بين خمس مناطق تشريحية :

١ - المخ المؤخر Hindbrain والذي يتكون من النخاع المستطيل والتكوين الشبكي والقمطرة والمخيخ .

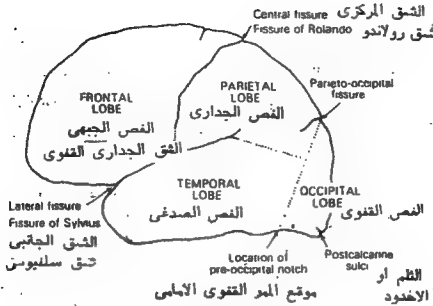
٢ - المخ الأوسط Midbrain : وهو منطقة صغيرة تقع مباشرة في مواجهة المخ المؤخر ، وتشتمل على النصيب الأوفى من الجهاز الشبكي المنشط .

٣ - مقدم المخ Forebrain ويتألف من المهاد Thalamus وما تحت المهاد (الهيبوثلاموس) والمخ .

٤ - السحايا أو أغشية الدماغ .

٥ - شبكة معقدة محكمة من الأوردة الدموية التي تزود المخ بالأكسوجين .

ولكن الطبقة اللحائية المعروفة بقشرة الدماغ هي التي استولت على القدر الأعظم من اهتمام علماء النفس .



شكل ( ٧ - ١ ) : منظر جانبي للمخ ، يبين المناطق اللحائية الرئيسية والطبقة اللحائية متعائلة في جانبيها ، وباستثناء أمور معينة فإن التركيبات في كل نصف كرة من نصفي المخ مرتبطة بوظائف النصف الجانبي المعاكس من الجسم ، فشكل الجانب الأيمن من الجسم مثلا يرتبط عادة بإصابة النصف الأيسر من كرة المخ ، في حين يرتبط شلل الجانب الأيسر عادة بإصابة النصف الأيمن من المخ .

ويستثنى من تلك القاعدة بعض الوظائف الأخرى والتي هي أكثر جدارة بالذكر هنا من غيرها ، فمنها اتخاذ النطق واللغة وموقعهما في النصف المسيطر من المخ ، والذي يتمركز عادة في نصف الدماغ الأيسر بالنسبة للأفراد الذين يستعملون يدهم اليمينية عادة . وكذلك تمركز المواقع البصرية والمكانية في النصف غير المسيطر من المخ . كذلك فقد وصف الجانب المسيطر من الدماغ بوصفه وسيطا محدثا للتفكير التحليلي ، بينما وصف الجانب غير المسيطر من الدماغ بوصفه وسيطا مسهلا للعمليات التركيبية التاليفية وعمليات الاغلاق Closure (Nebes, 1974) . أما بالنسبة للإصابة المخية المحصورة في نصف واحد من المخ فإنها ترتبط بنواحي قصور في الوظائف النفسية المقابلة

لها . وبالإضافة الى تأثيرات تركز وظائف المخ في أحد جوانبه ، فإن كل نصف جانبي منه يتكون من أربعة قصوص: الفص الجبهي Frontal الفص الصدغي Temporal الفص الجداري Parietal الفص المؤخري Occipital ( الغدالي ، القفوي ) . وكل واحد من هذه الأربعة مرتبط بوظائف اجتماعية أو نفسية معينة .

وتعد الفصوص الجبهية أكثر أجزاء المخ جدثة من حيث نشأتها وتطورها ، كما ارتبطت في بداية نشأتها بالوظائف العقلية العليا وبخاصة الذكاء . من ناحية أخرى فإن البحوث اللاحقة قد أثبتت أن النتيجة الرئيسية المترتبة على إصابة الفصوص الجبهية من المخ هي قصور الدفاعية وضعفها في المريض ، والذي يبدو في صورة اخفاقه في البدء في سلوك موجه نحو هدف مؤكد أو في التحكم في هذا السلوك وضبطه . (Luria & Homakaya, 1964) وفي ضعف الحكم والنظر في المواقف، وفي إبطال الكف وأخيرا في سطحية الوجدان وضلالتة (Benson & Geschwind, 1975) .

ويرتبط معظم اللحاء الذي يغطي الفص الصدغي بالسمع وبالذاكرة السمعية . وضمن الطية أو الثنية Fold الداخلية من كل فص تتمركز أبنية قرن آمون Hippocampus المستخدمة في كل من العمليات التسجيلية وعمليات الدمج Consolidation (Barbizet, 1963 ; Nauta, 1964) ويعد الفص المخي نفسه موقعا عاما للثارة والتنبه مما يؤدي الى استدعاء الخبرة السابقة وتذكرها (Penfield & Perot, 1963) .

وقرن آمون جزء من الجهاز الطرفي Limbic system الذي يشتمل على الأجسام الثديية Mamillary وأجزاء مختلفة من مهد المخ وترتبط الأعصاب Lesions المنتشرة التي تستغرق تلك البنيات أو التركيبات مع نسيان كل من الأحداث القريبة والبعيدة (Lewak, 1976) .

ويرتبط صرع الفص الصدغى ، والصرع النفسى الحركى ،  
والنوبات النفسية الحركية - والتي تتميز بنشاط كهربى شاذ فى المخ  
ينشأ أصلا داخل الفص الصدغى - بمجموعة كبيرة من الأعراض  
المعرفية ، والوجدانية ، والارادية .

ويتم غالبا النظر الى الفصين الجدارى والقفوى معا نظرا لعدم  
وجود خط تشريحي واضح يفصل بينهما . ويختصان بصفة جوهرية  
باستقبال التنبهات الخسية وتكاملها أو دمجها . وأى إصابة تقع فى تلك  
المنطقة الجدارية من المخ يرتبط بقصور عمليات معرفية أو تفكيرية  
كال كلام والعد أو الحساب (Zangwill, 1969) والتوجه المكائى  
(Semmes, Weinstein; Ghent & Teuber, 1963) .

ومعظم التأثيرات الناجمة من إصابة الفص القفوى تعتبر بوضوح  
تأثيرات متصلة بالأعصاب أو البصر ، على الرغم من أن بعض الهلوسات  
البصرية قد وردت فى التقارير الخاصة (Benson & Geschwind; 1975) .

#### مدى الإصابة وشدها Extent & severity

يمتد مدى الإصابة المخية بحيث يشمل عددا من المراكز المخية  
المختلفة التى تغزوها تلك الإصابة ، وبحيث يكون عدد العمليات  
الاجتماعية والنفسية المتأثرة بها مطابقا لعدد تلك المراكز المصابة . من  
ناحية أخرى فإن شدة تلك الإصابة سوف تكشف عن نفسها فى نطاق  
ما يصيب أى عملية من تلك العمليات من قصور .

وفى الممارسات الطبية النفسية قد يمكن تصور مدى الإصابة  
وشدها بالنظر اليها فى إطار من معرفة مدى تجمعها مقابل انتشارها  
وتفرقها ، ومعرفة حدتها وخطورتها مقابل أزمانها ودكثها على التوالى .  
وان تشخيص الإصابة المخية الحادة - على العكس من الإصابة المخية  
الزمنة أو الممتدة - يتضمن أيضا إصابة ذات بداية حديثة بحيث يمكن

عكسها والتخلص منها .

### عمر المصاب عند ثبوت الإصابة وتاكدها

ينظر الى القصور النفسى عادة بوصفه مشيراً الى ذبول وانخفاض فى الوظيفة أو الفعالية التى كانت سابقاً فى مستوى أعلى . من ناحية ثانية فإن الإصابة المخية ، أو الظروف المهيئة على نحو كبير بالضغط والاجهاد والتى يعانىها الفرد قبل الميلاد أو أثناءه أو بعده بقليل قد تؤدى الى خلل أو قصور مؤقت أو دائم ، بمعنى أن النمو العادى سوف يعاق عن التقدم و سوف يتأخر بدرجة شديدة .

ولكن ظاهرة كهذه من الصعب دراستها نظراً للمشكلات التى يستلزمها الحصول على بيانات ثابتة فى مثل هذه الأعمار الصغيرة جداً والاستجابات المحدودة لحديثى الولادة . ومع ذلك فإنه قد ثبت أنه إذا تأكد الأذى أو الضرر فى عمر مبكر فإن النتائج السلوكية تميل الى الافتقار الى ملامح معينة ، كما تميل الى التعميم بشكل أكبر .

ويعد عمر المريض العامل الرئيس على الأرجح فى تحديد مقدار الشفاء من الإصابة المخية المحدودة فى تقدمها وتفاقم خطرها . فهناك تنبؤ بمآل جيد للمرضى دون الثلاثين من العمر بصورة أفضل ممن هم فوق الثلاثين (Lewak, 1978) .

### بقاء الإصابة ودوامها Duration

إن تأثيرات الإصابة المخية على السلوك قد يتوقع تغيرها مع مرور الوقت لا بسبب أى تجدد فى النسيج العصبى ، بل لأن بعض أنواع تلك الإصابة تقدمية تدريجية فى طبيعتها . وبشكل استبدالى ، فإنه يمكن لشخص ما أن يعمد تعلم المهارات ، كما أنه من الممكن للأجزاء

السليمة في المخ أن تتولى العناية بوظائف الجزء المصاب ، وتلك عملية يشار إليها بوصفها « وظيفة أو أداء بديليا » *Vicarious Functioning* كذلك فان هناك امكانية قيام الفرد باخفاء التأثيرات الاجتماعية الناجمة عن الاصابة وسترها بحيث تصبح غير واضحة من خلال تطويره واستخدامه لسلوكيات تعويضية .

### شخصية المريض قبل وقوع الاصابة *Premorbid Personality*

ان امكانية اللجوء الى سلوك تعويضى كعملية متميزة عن التأثيرات المحررة هي تسليم بامكانية اللجوء الى نوع ما من التوافق الارادى *Volitional* . أو بتعبير أكثر عمومية هي تسليم بامكانية قدرة متغيرات الشخصية على التلطيف والتخفيف من تأثيرات الاصابة المخية .

ومن الممكن أن نميز بين أسلوبين مختلفين لتأثيرات شخصية المريض قبل حدوث الاصابة المخية به على تأثيرات تلك الاصابة بعد وقوعها . فوجهة النظر المتشددة تركز على ما في تأثيرات الاصابة المخية من تماثل واتساق مؤكدة أن تلك الاصابة تؤدي الى تأثيرات عنيدة قاسية ، وأن تلك التأثيرات يتم تحديدها وتقريرها — بشكل كامل — بمعرفة موضع الاصابة وحجمها وطبيعتها . أما وجهة النظر المتساهلة فانها تركز على الفروق الفردية مؤكدة بأن تأثيرات الاصابة المخية يمكن تعديلها — اذا لم يتم تحديدها — عن طريق شخصية الفرد قبل وقوع تلك الاصابة ونزولها به (Teuber, 1960) .

وتمثل وجهة النظر المتساهلة آراء الأناس العاديين المرسله على البديهية ، اذ تحاول الاقناع بأن شدة التأثيرات الاجتماعية والنفسية الناجمة عن الاصابة المخية تعتمد على ما لدى المريض من «دافعية» ، أو على مدى ترحيب الفرد باتخاذ الدور الاجتماعى للمريض طبقا

لتصور « توماس ساس » ، وذلك متوقف بدوره على مفاهيم عقلية معرفية مثل الذكاء كموهبة طبيعية ، والتربية ، والتعلم الاجتماعي الذي وقع في ظل ظروف أخرى غير ملائمة أو مؤاتية ، وحتى مثل تلك المفاهيم الارادية « كالرغبة في الحياة والعيش » .

وقد استمدت وجهة النظر المتساهلة تأييدها الرئيس من الحكايات والنوادر المتعلقة بالفروق الفردية في القدرة على « الكف عن شرب الكحوليات » ، وقدرة بعض الناس على القيام بأدوارهم الاجتماعية برغم ما يعانونه من قصور أو ضعف بدني رئيسي . ولكل رياضة مهمة تقريبا قصة تدور حول شخص ما استطاع اكمال لعبة خطيرة على رجل مكسورة . كذلك فقد استمدت بعض الدعم والتأييد من التجارب المتعلقة باثارة المخ وتنبيهه ، والتي أوضحت بأن السلوك الذي يمكن انتزاعه عن طريق الاثارة لا يمكن التنبؤ به بدقة من معرفة الموقع التشريحي للقطب الكهربى Electrode فحسب ، وأن بعض الميل الى الاستجابة الذي يميز الحيوان يسهم على الأرجح اسهاما مهما في النتائج (Valenstein 1978) .

وقد قام «تيوبير» (Teuber,1960) بنقد البرهان المتوافر عن دور الشخصية ومراجعتة قبل وقوع الاصابة من حيث علاقتها بالاصابة النفسية . وقد مال الى حد أبعد نحو وجهة النظر المتساهلة حينما وجد دليل أقل ، ولكنه أكثر على قبول وجهة النظر المتشددة حيثما توافرت له بيانات موضوعية وكمية . ومع ذلك فإن هذا الدور قد يعتمد على الجزء المصاب من المخ .

ولتفادى الوقوع في خطأ الاثنينية (القول بوجود مبدئين أساسيين ليس غير : هما العقل والجسد ) فإنه يجب النظر الى «الشخصية» والمتغيرات العديدة المتنوعة للشخصية بوصفهما وظيفتين من وظائف



المخ • وان قضية تأثير شخصية المريض قبل المرض على نتائج الإصابة المخية تصبح عندئذ قضية المدى الذى يمكن فيه لجزء واحد من المخ - وهو الجزء الذى يحدد الشخصية - أن يقوم بتعديل تأثيرات الإصابة على جزء آخر وتخفيفها ، وإلى أى مدى يمكن لأجزاء المخ المعافاة السليمة تحمل أعباء وظيفية الأجزاء المصابة •

ان تأثير شخصية المريض قبل المرض على آثار الإصابة المخية تطرح قضية أكثر أهمية وأساسية فيما يتعلق باستراتيجية البحث المستخدمة • فقد أيد «تيوبر» (Teuber, 1960, P. 329) ضمنيا المنهج الجمعي (\*) عندما أشار الى « أننا لا نعلم حتى الآن إلا قدرا ضئيلا جدا عن التأثيرات المنتظمة للإصابة المخية لدرجة أن أى مناقشة للفروق الفردية تعد غير ناضجة » • وقد أصبحت هذه الطريقة هى السائدة فى البحوث والدراسات النفسية منذ أن أحل «واطسون» والسلوكيون فى بحثهم طرقا أكثر موضوعية محل الاستبطان • وقد صممت معظم التجارب التى أجريت فى علم النفس المرضى بحيث توضح السمات العمومية المشتركة أو التأثيرات المنتظمة لا الفروق الفردية • وقد اعترض كل من «أولبورت» (Allport, 1937) و «ويليامز» (Williams, 1960) وأيزنك (Eysenck, 1966) على هذا التأكيد ، وأيدوا إما استخدام المنهج الفردى (\*\*) أو ضم الطريقتين الجمعية والفردية •

---

(\*) المنهج الجمعي Nomothetic approach يهتم بصياغة القوانين العامة بوصفها هدف المنهج العلمى ، كأن يدرس متغيرا واحدا لدى عدد كبير من الأفراد بهدف اكتشاف القوانين العامة أو أسس السلوك (المراجع) •

(\*\*) المنهج الفردى Idiographic هو الدراسة المتعمقة للحالة الفردية ، مع التركيز على تفرد كل شخص فى سلوكه وسلوكه (المراجع) •

## الكيمياء الحيوية

تفترض نظريات الكيمياء الحيوية Biochemistry في بحثها عن سبب المرض العقلي أن السلوك الشاذ ناجم عن مجموعة أنواع من الشذوذ في التركيب الكيميائي الحيوي للفرد أو في فعاليته ووظيفيته .

ومن المرجح أن أقدم المحاولات التي سجلها التاريخ في ربط بنية الجسم ووظيفته بالشخصية قد ارتبطت «بهيوقراط» ( ٦٤٠ — ٣٣٧ ق.م ) . وقد قام «جالين» ( ١٣٠ — ٢٠٠ م.م. تقريبا ) في وقت لاحق بتطوير نظرية «هيوقراط» — المعروفة بنظرية الأخلاط — إلى تفسير بنوي شامل للعلاقات بين الجسد والسلوك .

ولكن «هيوقراط» و «جالين» لم يكونا على معرفة بالكيمائيات الحيوية ، فالجسد بالنسبة لهما مركب من مواد أو عناصر كالدّم والمصفاء والبلغم . ومع تقدم المعرفة بالفيزيولوجيا الانسانية ونموها فقد نمت كذلك النظريات البيولوجية . وقد أوردت النظريات المعاصرة المساوية لنظرية «هيوقراط» النظمية ، الهرمونات والاندورفينات والفيتامينات والتغذية .

## الوظائف الغدية Endocrine functioning

تعد الهرمونات محددا رئيسا لشكل الجسم وبنيته ، وهي مواد كيميائية يقوم الجسم بتصنيعها ، كما تقوم بالتحكم في نماء جميع الخلايا وتطورها ، ومن ثم أنسجة البدن وأعضاؤه . فكلها منتجة بواسطة الهرمونات أو الغدد الصماء والتي تتضمن الغدد : الصنوبرية والنخامية وجارات الدرقية والدرقية والصغترية، والأدرينالية، والجنسية أو التناسلية .

ويمكن لأي شذوذ في الجهاز الهرموني أن يؤدي إلى تأثيرات

خطيرة على المظهر البدنى للفرد ، فالقزم والعملاق والمرأة الملتحبة كلها أمثلة واضحة لما يمكن أن يحدث للجسم اذا اضطرب توازنه الهرمونى . كذلك فان هناك بعض التأثيرات النفسية المدعمة على نحو جيد بالوثائق .

### **فرط نشاط الغدة الدرقية Hyperthyroidism**

ويشار اليه أحيانا بمرض «جريفز» Graves ، ويؤدى فرط نشاط تلك الغدة الى عدد من الأعراض الجسمية والنفسية التى تشبه الى حد كبير أعراض القلق : العرق والتيقظ والاحتياج مع نشاط حركى متزايد وشعور بالخوف من شر مرتقب .

### **ضعف الغدة الدرقية Hypothyroidism**

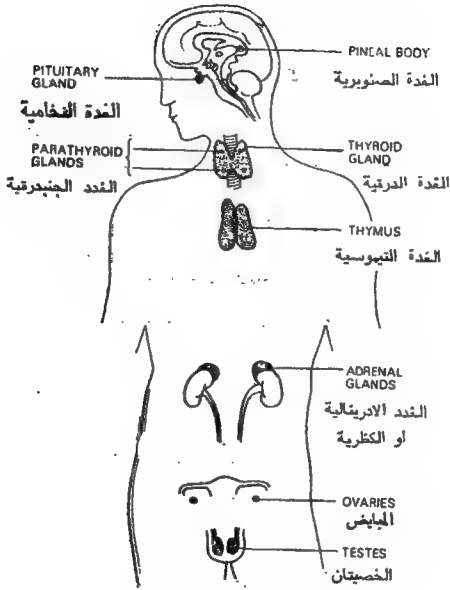
يؤدى ضعف نشاط الغدة الدرقية ( الخبز myxedema ) الى بطء العمليات العقلية والجسدية والتى يعانىها المريض فى صورة سبات وكسل وبلادة واجهاد واعياء بالإضافة الى الاكتئاب وقصور التركيز والذاكرة .

### **مرض أديسون Addison's disease**

وهى أعراض وجدانية مصاحبة لضعف نشاط اللحاء الأدرينالى والمعروفة بمرض أديسون . وفى حين قد يصبح بعض المرضى به ضعافا مرهقين ، ومكتئبين منسحبين ، فان بعضهم الآخر قد يصبح قلق البال سريع الغضب والانفعال ، عنيفا قاسيا .

### **نظريات التغذية Nutritional theories**

يعتمد المخ والجهاز العصبى المركزى والجهاز الهرمونى بل فى الحقيقة كل أجزاء الجسم على العمليات الكيميائية فى نموها وتطورها واستمرار وظائفها ، ويطلق على تلك العمليات «الأيض» Metabolism



شكل (٧ : ٢) الغدد الصماء

وبناء عليه فإنه يمكن لنوعية الطعام والغذاء أن تكون عاملا مهما محددا  
لكيفية عمل الجسم وأدائه لوظائفه على نحو جيد .  
ويحتوى الغذاء على خمس مواد أو عناصر رئيسية :

- ١ - المواد الكربوهيدراتية كالنشويات والسكريات .
  - ٢ - المواد الدهنية ( أو الليبيدات ) .
  - ٣ - البروتينات ، وهى مركبات كبيرة من الخامض الأمينى .
  - ٤ - المعادن. أو الأملاح غير العضوية المشتقة على الحديد والكالسيوم والفوسفورات .
  - ٥ - الفيتامينات .
- فإذا حدث قصور في أى واحد منها أو كان موجودا بافراط في الغذاء ولفترة ممتدة من الزمن فانه يمكن أن يؤدي الى حدوث تغيرات بدنية ونفسية . ولكن المواد الكربوهيدراتية والفيتامينات هى التى استولت على اهتمام معظم علماء النفس .

### المواد الكربوهيدراتية Carbohydrates

إذا انخفض سكر الدم hypoglycaemia فان الفرد قد يعاني من صداع في الرأس ، وارتباك وتشوش واجهاد وارهاق ، وارتجاف وارتعاش ، ودوار ودوخة Dizziness . ومن الممكن أن يؤدي النقص أو القصور الممتد لفترة طويلة الى ضعف الجهاز العصبي المركزي ووهن فعاليته بالإضافة الى الارباك والتشوش والتدهور العقلي وضعف الحكم (Kleinmuntz, 1980) . كذلك فان زيادة الكربوهيدرات في الغذاء قد يضاعف من حساسية الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي الى التوتر والقابلية للثارة والتهيج (Mahoney, 1980) .

### الفيتامينات

ان افتقار غذاء الفرد الى مادة واحدة أو أكثر من المواد الفيتامينية (Avitaminosis) قد ينتج عنه اصابة أو ضرر في الأعصاب ، وضجر

وتملل ، وتعب وإرهاق ، كما قد يؤدي إلى إبراز نواحي شذوذ سلوكية . كانت في الأصل كامنة خفية ، وإلى تفاقم نواحي شذوذ سلوكية واضحة مسبقا (Calhoun, 1977 ; Kleinmuntz, 1980) .

ويؤدي نقص فيتامين ب<sub>3</sub> ( النياسين niacin ) إلى اضطراب يعرف بـ « البلاجرا أو الحصاب » . ومن أعراضه الرئيسية التهاب الجلد والاسهال ، مع القابلية للإثارة والتهيج وعدم استقرار الوجدان ، والذي قد يكون مصحوبا بأوهام هذائية ، بل حتى بالهلوسات التي تتزايد تدريجيا بحيث تنتهي بالفرد إلى الخبل أو العته (Spies, 1965 ; Metb, 1974) . وغالبا ما يذكر اضطراب « البلاجرا أو الحصاب » في الطب النفسي المقوم للجزيئات .

### الطب النفسي المقوم للجزيئات Orthomolecular psychiatry

وهو فرع معاصر من فروع علاج المرض العقلي . وقد بنى على افتراض مؤداه أن السلوك والتفكير الشاذين هما نتاج انعدام التوازن في تركيب جزيئات الجسم ، كما افترض هذا الفرع كذلك (Pauling, 1973;p.v.i) أن « المرض العقلي هو مرض المخ ، وأن المخ نفسه في حاجة إلى العلاج بتغيير تركيبه الجزيئي » . وقد عرف العلاج بتقويم الجزيئات فيما بعد (Pauling; 1968; P.265) بأنه « علاج المرض العقلي بتوفير بيئة جزيئية أفضل للعقل ، وبخاصة عن طريق التركيز الأمثل للمواد الموجودة بشكل عادي في جسم الإنسان » .

ويؤكد الطب النفسي المقوم للجزيئات بشكل بارز على الفيتامينات . وقد برر أنصاره مناقشتهم بذكر أمراض نقص الفيتامينات وبخاصة البلاجرا أو الحصاب . وقد ارتبطت نشأته «بهورر ، أوزموند» وآخرين (Hoffer, Osmond et al, 1967) الذين أوردوا بعض نتائج

الاستخدام التجريبي المعطى لفيتامينى ب<sub>6</sub> ، ج (B<sub>6</sub>,C) فى علاج  
الفصام • وقد ظل الفصام بؤرة تركزت فيها اهتماماتهم ( انظر مثلا:  
• (Hawkins & Pauling, 1973)

ونظرا لأن الفيتامينات فى الطب النفسى المقوم للجزيئات توصف  
للمرضى لتناولها بجرعات أكبر مما هو معتاد ، فإن تلك الطريقة العلاجية  
قد وصفت بأنها « علاج بالمقادير الفيتامينية الضخمة » *Megavitamin*  
*therapy* • ولكن من الممكن اعتبار حركة الطعام الصحى الكلى جزءا  
من طب تقويم الجزيئات •

ويعد طب تقويم الجزيئات فى جوهره علاجاً للمرض ووقاية منه  
عن طريق تعديل التكوين الكيماوى الطبيعى للجسم ، كما أنه يعطى  
للتغذية دورا رئيسا (Williams & Kalita, 1977) • وفيما يتعلق  
بالنموذج س = د (م × ك)  $R = F(S.O)$  أى أن الاستجابة دالة.  
لكل من المنبه والكائن العضوى ) ، فإن الطب النفسى المقوم للجزيئات  
يؤيد تقوية متغيرات الكائن العضوى (ك) ، بينما يقوم الطب التقليدى  
بمهاجمة الكائنات الممرضة (كالجراثيم مثلا) ، أو متغيرات المنبه (م) •

### التغذية أثناء الفترة النمائية

يمكن لغذاء الأم أثناء الحمل أن يؤثر فى نمو طفلها ، اذ يمكن مثلا  
لنقص البروتين الممتد لفترة طويلة أن يؤدى الى ما يسمى بالجن أن أو  
الاستسقاء الزقى *Kwashiorkor* ومن أعراضه الدالة عليه التبدل  
واللامبالاة ، وتأخر النمو وترديه ، والآفات الجلدية ، وضعف المقاومة  
للعوى والميكروبات المعدية (Meth, 1974) • وقد ارتبط القصور  
الغذائى فى الأم كذلك بالتظلم العقلى • ونظرا لأن الفقر والحرمان  
يوجب غذاء غير مناسب أو ملائم فقد افترض بعض الباحثين أن

الأمهات ذوات الدخل المنخفض عرضة لانجاب أطفال متخلفين  
(Caputo & Mandell, 1970 ; Naeye, Diener; Harcke & Blanc;  
• 1971; Kaplan, 1972 ; Nathan & Harris, 1980)

### اضطرابات الأيض (\*)

كما سبق أن ذكرنا فإن الطعام لكي يصبح طاقة للجسم ، ولكي يتحول الى أنسجة فعلية تسهم في تأسيس بنية الجسم وقوامه فإنه يجب أن يؤيض Metabolize ( يصبح ميتابوليزميا ) ، فإذا كان ذلك الأبيض شاذاً فإن الغذاء العادى المتوازن قد لا يكون مناسباً أو ملائماً . ومن الأمثلة الجيدة لذلك الاضطراب تلك الحالة المعروفة بـ « الفينيل كيتونوريا » (PKU) •

### حالة البول الفينيلكيتونورى Phenylketonuria

ويعانى المصاب بها من اضطراب فى عملية الأيض ، اذ لا يمكنه تحويل الفينيل ألانين الى تيروسين • والفينيل ألانين أحد الأحماض الأمينية المستخدمة فى بناء بروتينات الجسم • ويؤدى العجز عن تحويله الى تيروسين الى اخفاق النمو العصبى وقشبه ، كما يؤدى الى سمات مميزة لشكل الجسم وبنيته ، والى جملة أنواع من الشذوذ النفسى من بينها التخلف العقلى الذى يعد من أكثرها بروزاً •

وبالنسبة للأطفال المتأثرين بتلك الحالة فإن نموهم يسير بشكل عادى فى الأسابيع الأولى القليلة من حياتهم ، ولكنهم يتحولون بعد ذلك

---

(\*) الأيض Metabolism مجموع العمليات المختصة بكل من بناء Anabolism وعدم Catabolism البروتولازما أى الخلايا او الأنسجة الحية ، ويتم عن طريق هذه العملية تأمين الطاقة اللازمة للعمليات الحيوية ، قيم تمثيل المواد الجديدة للتعويض عما تم هدمه وتكسيره (المراجع) •



الى البلادة والكسل والفتور واللامبالاة . أما بالنسبة للمرضى الذين لم يعالجوا منه فان ٧٠٪ منهم يظهرون صفرا في الجمجمة *Microcephaly* وضآلة في الرأس بشكل شاذ ، كما أن ٨٠٪ من هؤلاء المرضى تأتى الرسوم الكهربية لخمهم EEG شاذة غير سوية ، وتعاود ٢٥٪ منهم نوبات مفاجئة . وقامة معظمهم صلبة متيصة مما يؤدى الى قصر خطواتهم . كذلك فان ٣٠٪ تقريبا عاجزون عن المشى أو لديهم ارتجافات وارتعاشات .

وفي مجال السلوك العام فان الطفل الذى يعانى من حالة البول الفينيلكتونى يتميز بنشاطه الزائد وقابليته للتهدج والاثارة ، كما لا يمكنه التحكم في مزاجه . أما بالنسبة للناحية العقلية الفكرية فان ما يبره على ٦٠٪ من هؤلاء الأطفال عاجزون عن الكلام ، ونسبة ذكاء حوالى ٦٥٪ منهم أقل من ٢٠ ، بينما تتراوح نسبة الذكاء بين ٢١ - ٥٠ بالنسبة لـ ٢٠٪ منهم ، وقد تصل الى أكثر من ٦٠ لدى أقل من ٢٪ منهم . كذلك فان ١٠٪ منهم يكشفون عن سلوك ذهاني . وقد يصحب الحالات التى تعانى من تخلف عقلى شديد ولح بالتخبط أو التخريب، وإيلا من الذات والاضرار بها ، واندفاعية أو تهور ، وعجز عن التحكم في نوبات الغضب التى تمرى هذه الحالات . أما بالنسبة للمرضى الذين يعانون من تخلف عقلى بسيط فقد يبدون اضطرابات مثل الهلوسات والميل الى الانزالية والسلوك الذى لا يمكن التنبؤ به ، بالإضافة الى فترات من الاثارة والاهتياج (Rosenthal, 1970).

وفيما يتعلق بسماتهم الجسمية فانهم — بالإضافة الى صغر الجمجمة وضآلة الرأس — يتميزون بشعر ناعم أملس ، وعيون زرقاء؛ وجلد شاحب ضعيف . وقبل أن تصبح تلك السمات واضحة منهم فانه يمكن على كل حال تبين اضطرابهم والكشف عنه بتحليل عينة من بولهم . اذ ان عدم تحول الفينيل ألانين الى تيروزين يؤدى الى تحطه الى

حامض الفينيلبرافيك الذي يفرز عندئذ في البول (Centerwall, 1961) .

### الدوبامين والاندورفين Dopamine and the Endorphin

نشأت نظريات كيميائية حيوية عديدة تتعلق بالأسباب المؤدية الى الفصام ، وقد ركزت اهتمامها جميعا على المواد التي تعمل مرسلات عصبية Neurotransmitters عند نقط الاتصال أو الموصلات العصبية Synapses بين الخلايا العصبية . وقد كان « أوزموند ، سميثيز » (Osmond & Smythies, 1952) أول من اقترحوا امكانية انتاج بعض الناس لمادة مرسله عصبية شاذة . وقد أقر « كيتي » (Kety, 1967) تلك الفكرة واتخذ منها أساسا لصياغة افتراضه عن التشعب بالميثيلامين المرسل عصبيا .

وقد أكدت النظريات القديمة على المسكالكين Mescaline وثاني ايثيل أمين حامض الاليسيرجي LSD أو عقار الهلوسة . وقد قدم اقتراح يقضى بأن الفصام قد يأتي نتيجة التشعب بميثيلامين شاذ من مواد منقولة عصبيا داخل المخ ، والتي ينتج عنها اضطراب عقلي يتسم بالهلوسة . وقد تم التحقق من صحة الافتراض باعطاء حامض نيكوتيني ونيكوتيناميد لتحويل مجموعات الميثيل Methyl من المرسل العصبى ، ومبتك الوسيلة نحول دون التشعب بالميثيلامين المرسل عصبيا . ولم ينظر الى نتائج هذا التحقق على أنها مرضية ، ولكن ذلك لم يكن اختبارا صادقا للافتراض . وبرغم ذلك فإن افتراض التشعب بالميثيلامين المرسل عصبيا قد أوجد طريقا للاهتمام بالمواد المرسله الحادثة بشكل طبيعى ، مع وقوع التركيز أولا على الدوبامين ، الذى هو مرسل لأخلاط عصبية اشتق منها مخدر المسكالكين المئبوع بالميثانول المصحح (Silverstone & Turner, 1978) .

وقد صيغ افتراض الدوبامين بناء على ما لوحظ من أن العقاقير

التي تخفف من النشاط الدوباميني — مثل الفينوثيازين — هي عقاقير مضادة للذهانية (Creese, Burt & Lindquist, 1963) ، بينما العقاقير التي تزيد النشاط الدوباميني — مثل الأمفيتامينز — تؤدي إلى أعراض شبيهة بأعراض الذهان (Meltzer & Stahl, 1976; Creese, Burt & Snyder, 1978) . كذلك فقد أثبت فحص الجثث بعد الوفاة وجود مستويات مرتفعة من الدوبامين في مناطق مختلفة من أمفاخ المرضى الفصامين (Bird et al., 1977 ; Lee & Seeman, 1980) .

ان مدى تقدم المعرفة وراقيها منذ «هيبوقراط» ينمكس في الافتراض والتسليم لا بالعناصر أو المواد فحسب بل بموقع الحدث ومكانه كذلك: فلقد افترض امكانية ارتباط الفصام بالنشاط الزائد في مستقبلات الدوبامين خلف الموصلات العصبية (Lee & Seeman, 1980) . وكنتيجة لخلل جيني وراثي فقد عد الفصاميون منتجين لمزيد من الدوبامين الهيدروكسي . ويؤدي ذلك إلى أن يحيق الضرر بجهاز التشجيع العصبي في المخ ، مما ينتج عنه بالتالي عجز عن الاحساس باللذة Anhedonia في مواقفها الطبيعية ، مما يعد حينئذ باعثا على حدوث الأعراض الأخرى المميزة للفصام (Stein & Wise, 1971 ; Wise & Stein, 1973) وخلال منتصف السبعينيات من هذا القرن، اكتشفت في المخ مواد شبيهة بالمخدر Opiate-Like ، وتوجد فيه بشكل طبيعي حيث أطلق عليها « اندورفينات endorphins » . وقد اقترح في وقت لاحق أن تخليص الاندورفينات واطلاقها ربما كان مسؤولا عن توهامات الفصامين (Snyder, 1977; Verebey; Volkava & Clouet, 1978) .

### Genetics التركيب الوراثي

تفترض نظريات التركيب الوراثي المتعلقة بأسباب المرض العقلي حدوث السلوك الشاذ نتيجة لوجود شذوذ في التركيب الوراثي للفرد.

## المفاهيم الأساسية

اصطلح العلماء على تسمية المجموعة المتكاملة من المادة التي يرثها الفرد ، والتي لها تأثير مميز على نموه وتطوره بالجينية أو المورثة Gene . وتقوم الجينات جملة بتشكيل الصبغيات أو الكروموزومات Chromosomes وتكوينها . فكل خلية في كل عضو مستقل من أعضاء جنس ما ( باستثناء أنواع معينة بارزة كالأمشاج Gametes والكائنات الحية المفردة ) تحتوى على مجموعتين من الصبغيات (الكروموزومات) الواقعة في قلب تلك الخلية أى نواتها .

وتتفاوت النباتات والحيوانات المختلفة في عدد ما تشتمل عليه من كروموزومات ، فلاتسان ٤٦ كروموزوما أو ٢٣ زوجا منها . ويطلق على اثنين وعشرين من هذه الأزواج «الأوتوزومات» (\*) Autosomes أما الزوج المتبقى فإنه يشتمل على كروموزومين متعلقين بالنوع (الجنس) بحيث يرمز الى أحدهما بـ X والى الآخر بـ Y ، ويملك الرجال واحدا من كل منهما ، أما النساء فانهن يملكن كروموزومين اثنين من نوع X .

ويتم النمو العادى عن طريق انقسام الخلايا أو ما يسمى بانقسام الخلية غير المباشر mitosis ، وخلال هذا الانقسام تقوم الجينات فى كل كروموزوم بمضاعفة نفسها ، بحيث يصبح الكروموزوم الواحد بأكمله مزدوجا . وتتلقى كل خلية من الخليتين الناتجتين عن الانقسام واحدا من تلك الكروموزومات المضاعفة ، بحيث تشتمل بالتالى على المجموعة الكاملة نفسها من الجينات والكروموزومات المطابقة لخلية الوالد .

---

(\*) الأوتوزوم هو أى صبغى (كروموزوم) غير الكروموزومات المحددة للجنس (المراجع) .

ويتم إنتاج المواد التناسلية التوالدية — البيض والسوائل المنوية — بواسطة نوع خاص من أنقسام الخلايا يطلق عليه « الانقسام النصف Meiosis » وأثناء هذا الانقسام تنقسم الخلايا مرتين بعكس الكروموزومات فانها تضاعف نفسها مرة واحدة فقط ، بحيث ينتهي الأمر الى قيام كروموزوم واحد من كل زوج كروموزومى بتكوين البينة أو السائل المنوى .

### نظريات التركيب الوراثى Genetic theories

قام « تشارلز دارون » Darwin وابن أخته : « السير فرانسيس جولتون » Galton في منتصف القرن التاسع عشر بالتأكيد على أهمية الوراثة في أحداث الفروق في الشخصية وإبرازها . وقد كان لنشر كتاب « تشارلز دارون » « أصل الأنواع » (١٨٥٩) ، وتقبل الناس لأفكاره عن النشوء والتطور تأثيرا واسع الانتشار على التفكير العلمى .

فقد اعتقد «دارون» في وجود مجال واسع من الفروق الفردية بين الحيوانات داخل نوع ما من الأنواع وفي كل مستوى من مستويات التدرج النشوى النوعى ، وأن ذلك هو المعيار . وفي الحقيقة فقد كون «دارون» نظريته انطلاقا من إدراكه لتلك الفروق الفردية . وبالتالي فإن تأكيده لا على وجود تلك الفروق فحسب بل على أهميتها الرئيسية كذلك يعد واحدا من أسهاماته الكثيرة في علم النفس .

ومن الممكن أن نجد في ما وضعه «لومبروزو» من نظريات مجموعة متضامة من أفكار علماء فراسة الجمجمة — مثل «جاك» و«سبارزيم» — وغيرها من أفكار «دارون» وابن أخته «جولتون» .

فقد أضاف « قيضر لومبروزو » (Cesare Lombroso, 1876) ، 1899 الى الافتراض الأساسى المتطوق بفراسة الوجه فكرته القائلة بانعكاس الشخصية أو الخلق في هيئة الفرد أو مظهره الخارجى . وقد

ربط بين نواحي الشذوذ التشريحي - أو وصمات العار Stigmata - والانحلال التطوري . كما أكد آنذاك على ارتباط هذه الأنماط الوراثية المرتدة بالجريمة والإجرامية . وقد أنشأ مفهوم « النمط الإجرامى » الذى يمكن ادراكه لا من خلال سلوكه فحسب بل بهيئته ومظهره الخارجى كذلك ، والذى يعد من الناحية الوراثية أدنى درجة ومنزلة من غيره من الأفراد غير المجرمين أى الطيحين للقانون .

ولقد خطا الطبيب النفسى المجرى الأصل « لىبوت سوندى » (Szondi 1944; 1947a) الخطوة التالية الرئيسة بعد «لومبروزو» . فبعد فترة من الزمن امتدت الى أكثر من عشر سنوات قام «سوندى» بتطوير عدد من النظريات الوراثية والنفسية ، والتي انطلق منها الى تطوير اختبار للشخصية يحمل اسمه ، حيث سماه « اختبار سوندى » The Szondi Test (1947b) .

ويتكون هذا الاختبار من ثمانية وأربعين بطاقة تتضمن صوراً فوتوغرافية وجهية لأشخاص يمثلون ثمان فئات تشخيصية طبية نفسية: وهى : اللواط ، السادية ، الصرع ، الهستيريا ، الفصام الكاتاتونى ، الفصام الهذائى ، الاكتئاب ، الهوس . وقد قسمت البطاقات الثمانية والأربعون الى ست مجموعات تضم كل منها ثمان صور بحيث يتم تمثيل كل فئة من الفئات التشخيصية الثمانية مرة واحدة في كل مجموعة . وعند تطبيق الاختبار يتم نشر كل مجموعة أمام المفحوص ، ثم يطلب منه التقاط صورتين أحب اليه مما سواهما ، وصورتين أخريين أبغض اليه من غيرهما .

وبمقارنة عدد الاختيارات الايجابية بعدد الاختيارات السلبية بالنسبة لكل فئة تشخيصية ، فإنه يمكن بناء « مبيان تشخيصى » Diagnostic Profile للمفحوص بحيث يمكن عندئذ ترجمته الى مبيان للشخصية على ضبوء الحاجات Needs التى يفترض فيها أن تشكل

الأساس للفئات التشخيصية الثمانية • فعلى سبيل المثال : تعد اللواطية أو اشتها المثل تعبيراً عن الحاجة الى الرقة أو اللين ، والأثوثة ، والحنان والعطف ، والسلبية أو الاستسلام • وهذه اللواطية بالانضمام الى السادية تعكس حاجة الفرد الى الذكورة ، والعنوان ، والحيوية أو الفعالية والرجولة ، لكى تشكل الموجه الجنسى S-vector ، بحيث يزودنا بدرجة الدافع الجنسى ومقداره •

ويمثل الأساس النظرى الذى بنى عليه هذا الاختبار فى أن الجينات أو المورثات المتنحية Recessive genes ليست هاجعة ساكنة تماماً ، ولكنها تقرّر سلوك الفرد وتحدده ، وخاصة اختياره للموضوع المستهدف • وقد أشار «سوندى» الى هذه الفكرة بوصفها « الانتحاء الوراثى Genotropism » ، وعده مقررأ ومجدداً لاختيار الفرد لأنماط حبه ، ومثالياته ، وصداقاته ، كما يكشف بتلك الوسيلة عن شخصية ذلك الفرد •

وقد بالغت النظريات القديمة المهتمة بالعلاقة بين المورثات والسلوك فى تبسيط ما يعد سلسلة معقدة من الأحداث بين مورثة واحدة أو أكثر والبيئة • وعلى العموم فانه يمكن التعبير عن النظرية أو الفكرة كما يلى :

مورثات كيميائيات حيوية ← وظائف أعضاء ← سلوك/شخصية

بل ان الحقيقة القائلة بأن هناك فى أى وقت سلاسل سببية لا تعد ولا تحصى فى مراحل النمو العديدة المتنوعة ، وأنها تتفاعل غالباً بعضها مع بعض يجعل حتى هذا التمثيل مبسطاً تبسيطاً مبالغاً فيه •

وانطلاقاً من هذه الوجهة فان هناك ثلاثة فوارق مهمة لابد من اقامتها وهى : الفارق بين مورثة وحيدة متفردة والوراثة المتعددة

الأصول ، والفارق بين الاضطراب المحدد جينيا أو وراثيا والتهيؤ أو الاستعداد المحدد جينيا أو وراثيا لنشأة اضطراب ما ، بالإضافة الى الفارق بين الوراثة والطفرة *Mutation* ويقصد بهما يحدث من تغير افتراضى مفاجئ .

### المورث المتفرد الوحيد في مقابل الوراثة المتعددة الأصول

طبقا لعدم امكانية تنظيم المخ الى أجهزة متطابقة مع المسافات أو الأسماء النفسية فإن المورثات وما لها من تأثيرات بجنينة ونفسية اجتماعية قد تأتي كذلك متعارضة متنافرة مع بعضها بعضا ، فالذكاء مثلا ينظر اليه الآن بوصفه معتمدا على مجموعة متنوعة من الأبنية الحسية ، ومجموعة متنوعة من المورثات المختلفة ، ولكن هذه الطريقة ليست هي الوحيدة التي يمكن أن تحدث بها الوراثة المتعددة الأصول .

وليس للمورثات تأثيرات ميكانيكية أو سببية محتومة على بنية الكائن الحي ، اذ تمارس تلك المورثات تأثيرها بشكل نموذجي أثناء النمو ، كما أنها أوليات تثبتاً بها سلاسل من الأحداث ، اذ تقع كل منها في اطار من سلاسل الأحداث المبدوءة بواسطة مورثات أخرى .

وبطريقة تذكرنا بمفهوم «أرسطو» عن العملل الأربع ، فإن الاختصاصيين في علم الوراثة قاموا في وقت لاحق بتصنيف المورثات الى فئات أربع رئيسية طبقا لما تقوم به من دور في بناء البروتين :

١ - مورثات تقوم بتحديد البنية الظاهرة أو النوع الخاص من البروتين .

٢ - مورثات تقوم بدمج البروتين في بناء الخلايا .

٣ - مورثات تقوم بالتحكم في الأجهزة التي يستجيب لها البروتين .



٤ - مورثات تقوم بالتحكم في الوقت الذي يتم فيه تنشيط الأنواع الأخرى من المورثات .

٥ - برمجة تتابع الأحداث وتسلسلها في تمييز الخلايا (Rosenthal, 1970) .

وقد نتج عن تصنيف المورثات بذلك الطريقة مدم التقسيم الثنائي البسيط بين الوراثة والبيئة ، نظراً لأن كلا من الكائن الحي والبيئة نتاجان لا محالة للفعل المحدد وراثياً بشكل مسبق (Eldredge & Geller, 1962) . ولذلك فإن المعادلة  $S = F(S, O)$  (م×ك) (الاستجابة دالة لكل من المنبه والكائن العضوي) يجب تغييرها بحيث تقرأ كما يلي :

$S = F(S(S(S(S(O))))(((((م×ك))))))$   $S = F(S, O)$  حيث :  $S$  = الاستجابة ،  $F$  = دالة ،  $M$  = منبه ،  $O$  = الكائن العضوي .

مع ارتداد المتغير (ك) الى تتابع التفاعلات بين (م×ك) الى أن يتم تخفيض (ك) الى مورث بنمى أو حتى الى مقوماته الكيميائية الأساسية ، وبعد ذلك تعدل مرة ثانية طبقاً لظهور المتغيرات الرئيسة (م) بوصفها نتاجاً لتفاعلات (م×ك) المتضمنة في المورثات التكاملية والمورثات الضابطة .

### الاضطراب الوراثي في مقابل الاستعداد الوراثي

غالباً ما يتم التفريق بين الاضطراب الموروث والتهيز أو الاستعداد الموروث لتطويع اضطراب ما ، وفي بعض الأحيان يشار إليهما بنظرية « الأصل الأحادي - الكيميائي الحيوي » Monogenic-biochemical ونظرية « القابلية أو الاستعداد مقابل الانعصاب » Diathesis-Stress على التوالي (Rosenthal, 1970) .

وهذا التفريق شبيه بمشكلة تقرير ما إذا كان الاضطراب يعرف بوصفه اما سببا أو نتيجة أو أعراضا سلوكية ، كما يشبه مشكلة التقرير بين القلق الكامن والقلق الظاهر الصريح . ولكن إذا أخذنا في الاعتبار كلا من تعقد التفاعل بين المورثات والبيئة وضرورة هذا التفاعل فان الفرق بينهما يبدو فارقا في الدرجة أكثر منه في النوع . فكلما كان تأثير البيئة أعظم عظم احتمال العلاقة الموصوفة بأنها ناجمة عن « القابلية – الانعصاب » والموصوفة كذلك بقبولها بوصفها موضوعا منطقيا لعلم النفس والطب النفسى . وكلما كان تأثير البيئة أقل وتأثير المورث أعظم عظم احتمال العلاقة والموصوفة بأنها علاقة « أحادية الأصل – كيميائية حيوية » ، وبأنها إذن محل اهتمام أساسى لدى البيولوجيا أو علم الأحياء .

### الوراثة في مقابل الطفرة

يقصد بالوراثة Inheritance انتقال المورثات من الوالد الى الطفل ، أما الطفرة Mutation فهي تغير مفاجئ وثابت نسبيا بحيث يحمل الطفل اما عناصر في تكوينه الوراثي غير موجودة لا في والدته ولا في أمه ، أو يفصل مجموعة شاذة مؤلفة من تلك العناصر . ومعظم الطفرات تغيرات في المورثات الفردية ، ولكن بعضها تغيرات أو تبدلات تركيبية عامة في الصبغيات أو الكروموزومات ، أو تغيرات في أعداد الصبغيات برمتها في كل نواة . ونظرا لأن التفريق بين الوراثة والطفرة يحمل مضمونات للوقاية فانه ملائم لتصنيف الخصائص المحددة وراثيا .

### مظاهر الشذوذ المحددة وراثيا

على الرغم من تعقد التفاعل بين المورثات والبيئة فانه يمكن تصنيف التأثيرات الوراثية على السلوك بوصفها نتاجا اما للطفرة أو

للوراثة ، ويوصلها مورثات مسيطرة أو متنحية .

### الطفرات : الصبغيات الأوتوزومية

قد يحدث في بعض الأحيان ألا ينفصل زوج من الصبغيات أثناء الانقسام النصفى ، فإذا حدث ذلك فإن بيضة واحدة أو حيوانا منويا واحدا سيحمل صبغيا إضافيا ، بينما سيكون الآخر ناقصا صبغيا واحدا ، فإذا حدث ذلك مع صبغى أوتوزومى ( الذى لا يحدد الجنس ) فإن غياب ذلك الصبغى سيؤدى الى اخفاق البيضة الملقحة فى النمو والبقاء حية . ومن ناحية أخرى من الثابت أن وجود صبغى اضافى يؤدى الى أنواع من الشذوذ . ومن أشهر الأمثلة لذلك « زملة داون » .

### زملة داون

سميت « زملة داون » Down's Syndrome بهذا الاسم بعد الطبيب البريطانى «ج. لانجدون داون» Down (١٨٦٦ تقريبا) الذى اقترح أن تؤدى السمات المميزة والتركيبات الوجهية لأنواع مختلفة من المتأخرين عقليا الى تصنيفهم على أساس من مجموعاتهم العرقية ethnic المادية . ومن بين هذه المجموعات تلك المجموعة المنغولية Mongolism وبرغم أن بقية تصنيف «داون» سرعان ما هجرت وانطوى ذكرها فإن الفئة المنغولية مازالت حية باقية .

ويتميز الأفراد الذين يعانون من زملة «داون» بتأخر فى النمو ، ويعد من السمات البنيوية المميزة لأشكالهم مثل : أصابعهم وراحة كتمهم غير عادية ، وكذلك باطن قدمهم ، وأيديهم قصيرة ، ورؤوسهم صغيرة . وألسنتهم مشققة وبارزة خارج الفم ... الخ . كذلك فإنهم قد يعانون من اضطرابات فى القلب وفى الجهازين التنفسي والعصبي . كما تبدو الرسومات الكهربائية للمخ (EEG) لدى ٧٥٪ منهم شاذة غير

عادية • وفي المجال الفكري فان قدرتهم اللغوية قاصرة ضعيفة عادة ، كما يتراوح متوسط نسبة ذكائهم IQ بين ٣٠ - ٤٧ درجة • وبرغم تلك المظاهر من قصورهم وضعفهم فان لديهم بصفة عامة استعدادا مؤاتيا ، كما يميلون الى الاستجابة لبيئاتهم بدرجة عالية وبقوى وقدرات على التقليد والمحاكاة ، وحسب الموسيقى والايقاع الموسيقى • (Penrose, 1961 ; Smith & Berg, 1976)

ولفترة طويلة من الوقت ظل الشيء الوحيد المعروف تقريبا عن النسب المؤدى الى أعراض «داون» هو حقيقة أن أمهات هؤلاء الأطفال كن أكبر من المتوسط العام للعمر • ففي حين كان متوسط عمر المرأة في المجتمع العام للنساء والوالدات ٢٨.٥ عاما تقريبا ، كان متوسط عمر الأمهات الحوامل للأطفال يعانون من زملة «داون» حوالي ٣٦.٦ عاما (Rosenthal, 1970) ، مع احتمال مضاعف لولادة طفل من هذا النوع لدى المرأة الحامل بمثل هذا الطفل في كل خمس سنوات بعد بلوغها عمر الخامسة والثلاثين •

وفي عام ١٩٥٦ ورد لأول مرة تقرير يفيد بأن الانسان يحمل ٤٦ كروموزوما (Tjio & Levan, 1956) ، وبعد ذلك بثلاثة أعوام ورد تقرير يفيد بأن الطفل الذي يعاني من « زملة داون » يحمل ٤٧ صبغيا (Lejeune, Gautier & Turpin, 1959) كما أعلن عن أشكال مختلفة أخرى ، ولكن ٩٢٪ من حالات « زملة داون » يعنون الآن حاملين لصبغي رقم ٢١ الثلاثي ، أو — بعبارة أخرى — لثلاثة صبغيات من النوع الواحد والعشرين (Rosenthal, 1970) ان السبب الرئيسي لهذا التضاعف الثلاثي trisomy يكمن في اخفاق أحد الأزواج الصبغية في الانفصال بشكل ملائم أثناء عملية الانقسام النصفى بحيث يحمل أحد الأمشاج Gametes ٢١×٢ (الصبغي رقم ٢١) ، بينما يحمل الآخر صفر ٢١×٠ وعلى الرغم من التركيز قديما على الأم فانه قد يتم

اكتساب الصبغى الاضافى من الأب (Sasaki & Hara, 1973, Uchida, 1973 ; Stene et al., 1977 ; matsunaga et al., 1978)

وبعد مرور عامين على الاكتشاف الأولى للصبغى الاضافى فقد أعلن أن هؤلاء المرضى يكشفون كذلك عن ضعف أو قصور في الأيض التريبتوفانى tryptophan وهو حامض أمينى متبلر ) ، كما أثير تساؤل حول احتمال وجود ضعف أو قصور مصاحب في مادة السيروتونين Serotonin في المخ (Lejeune & Turpin, 1961) \* ولذلك فإن الآلية (الميكانيزم) التي تعد أكثر احتمالا لتفسير « زملة داون » تتضمن خلاا وظيفيا في الانزيم المضبوط وراثيا ، بحيث يكون باعثا على حدوث نمط شائع من أنواع الشذوذ البدنى والسلوكى .

وقد أثيرت كذلك امكانية معالجة « زملة داون » كيميائيا ، والتي تشبه العلاج المستخدم ذاته مع حالات الفينيل كيتونوريا (PKU) ولكن لم يتم حتى الآن أى تقدم في هذا المجال .

### الطفرات : الصبغيات الجنسية

عندما تخفق صبغيات الجنس (النوع) في الانفصال أثناء عملية الانقسام النصفى فانه ينشأ عن ذلك اضطرابات عديدة اعتمادا على الاتحاد الناتج . ولم يوجد حتى الآن أى فرد لا يحمل الصبغى X ، ولكن الائتلافات الأخرى قد لوحظت جميعا .

### غياب الصبغى Y : زملة تيرنى Turner's syndrome

كان « تيرنى » أول من وصف تلك الأعراض ، وذلك في عام ١٩٣٨ . فالفرد الذى تسدو عليه « زملة تيرنى » هو من الناحية الوراثية الظاهرية أنثى ، ولكنه يفتقر الى النسيج المبيضى . وتتضمن الخصائص النفسية لثل هؤلاء الأفراد نسبة ذكاء لفظى عالية بالمعارنة الى ذكائهم

الغفلى أو الأدائي ، كما تتضمن انعدام الميل العدواني وغيابها فيهم . من ناحية ثانية فانه ليس من الواضح الى أى مدى يقوم الشخصوذ الجينى (الوراثى) بتحديد تلك الخصائص النفسية وتقريرها بشكل مباشر ولو بأسلوب مشابه لاصدار السلوك عن طريق الإصابة المخية . كذلك فانه ليس واضحا الى أى مدى يقوم هؤلاء الأفراد بمطاولات تعويضية للتوافق اجتماعيا مع أعراضهم البيولوجية .

### الصبغي X الإضافى : زملة كلاين فيلتر *Klinefelter's Syndrome*

يعد « كلاين فيلتر » وزملاؤه (1942) أول من قاموا بوصف هذه الأعراض ، والفرد الذى تبدو عليه « زملة كلاين فيلتر » هو ذكر من الناحية الوراثية الظاهرية، ولكنه يمانى من نمو مضاعف فى ثدييه ، كما يفتر الى تكون الحيوانات المنوية . ويعانى ٢٥٪ ممن تبدو عليهم هذه الأعراض من ذكاء محدود ، ولدى كثير منهم مشكلات توافقية مرتبطة باللواطية ، بالإضافة الى مجموعة متنوعة من الاضطرابات السيكياترية الأخرى والتي تبدو تعويضية فى طبيعتها ، كما تميز عقليتهم وشخصيتهم (Swanson & Stipes, 1969) ويحمل الأفراد الذين تتوافر فيهم هذه الزملة صبغيا جنسيا واحدا أو أكثر ، كما تحمل نسبة منهم تتراوح بين ستين الى سبعين فى المائة YXX بالإضافة الى ما أوردته التقارير من حملهم لمجموعات نوعية كاملة مثل YXXX

YXXXX ، YXXXX ، و YXXXX . وتعد الأشكال المختلفة التى تحمل اثنين من الصبغيات Y أقل تلك المجموعات النوعية شيوعا على الأرجح (Rosenthal, 1970) .

### الصبغي Y الإضافى

لقد أظهرت الدراسات المهتمة بالسيكوباتية أو الاعتلال النفسى ميلا اضطراب الشخصية السيكوباتية الى الحدوث بين الذكور بنسبة

أعلى من الإناث • وقد استنتج من هذا أنه إذا كانت السيكيوباتية موروثية فإن الصبغي X ربما كان عاملا مسهما في ذلك •

وقد أورد « جاكوبس » وآخرون (Jacobs et al., 1965) في تقرير لهم وقوع عدد غير عادي من الذكور الذين يحملون الصبغي المتحم لرقم ٤٧ (XYY)، وذلك في مستشفى الولاية الاسكتلندي • وهذا التقرير بالإضافة الى التقرير الذي أورد حمل «ريتشارد سبيك» المدان بجرائم قتل متعددة لصبغي Y الإضافي (montague, 1968) — هذا التقريران — قد أثارا اهتماما كبيرا بتكرر مثل هؤلاء الذكور بين الرجال في المستشفيات والسجون المصاطة بدرجة عالية من الأمن والحماية • ولكن على الرغم من أن معدلا كبيرا لموقع حالات الذكور XYY بين مجموعات من المجرمين والمذنبين المضطربين عقليا والمقيمين جميعا في مؤسسات — على الرغم من قبول هذا المعدل — فإن طول القائمة هي السمة الوحيدة المرتبطة بالصبغي الإضافي X والتي تبدو مدعومة بالأدلة والبراهين (Witkin et al., 1976) •

#### سيطرة السمة Trait dominance

إذا قامت المورثات بتحديد سمة ما أو سلوك من السلوكيات بصفة أساسية وفي موقع معين فإن إحدى مورثات الزوج Pair قد تسيطر على قرينتها الأخرى • وعندئذ يقال للمورثة الثانية أنها متنحية بالنسبة إلى الأولى، بل ربما احتاجت إلى اقتران بمتنحية أخرى حتى يمكنها التعبير عن نفسها •

#### السيطرة الأوتوزومية Autosomal recessive

لقد اقترح سابقا بأن مورثة سيطرة وحيدة هي المسؤولة عن انتقال الفصام (Heston, 1970)، ولكن كوريا هنتنجتون Huntington's Chorea تعد أفضل مثال لذلك •

وقد كان «هنتجتون» أول من وصف تلك الحالة في عام ١٨٧٢ ،  
وتتم مشاهدتها أول الأمر بوصفها اضطرابا انفعالية-اما في صورة  
عصاب أو في صورة ذهان متبوعين بانتفاضات تشنجية . وقد تظهر تلك  
الانتفاضات — والتي هي الكوريا — في أى وقت بين الطفولة والعمر  
المتقدم ، مع متوسط عمرى لبداية وقوعها يبلغ ٣٥ عاما . وتزايد  
شدتها بشكل تدريجى ، كما يصاحبها تدهور عقلى ، وتنتهى على نحو  
نموذجى بالموت الذى يقع بعد فترة من حدوثها لأول مرة تبلىخ في  
المتوسط ١٥ عاما . وقد نسبت تلك الكوريا الى مورثة أوتوزومية غالبية  
مسيطرة ، ولكن الصلة الكيماوية الحيوية بين تلك المورثة والسلوك  
مازالت محلا للبحث عن سبب تعزى اليه .

### التنحي الأوتوزومي Autosomal dominance

لقد نسبت حالة « الفينيل كيتونوريا » الى مورثة أوتوزومية  
وحيدة متتحية ، كما قد تم تحديد تفصيلات معينة تتعلق بآلية (ميكانيزم)  
تلك الحالة . فما يورث انما هو اضطراب في أيض الفينيل ألانين ،  
الذى هو أحد الأحماض الأمينية الأساسية التى تدخل في بناء بروتينات  
الجسم (Rosenthal, 1970) ان ما يعقب ذلك من اضطراب في البنية  
والسلوك هما نتاج لأغذية عادية تحتوى على الفينيل ألانين ، ويمكن  
الوقاية منهما اذا تمت ملاحظة الاضطراب الأيضى في وقت مبكر الى  
حد كاف ، وابتاع الطفل لنظام غذائى تتخفض فيه نسبة الفينيل ألانين .

وعلى الرغم من أن الخلطة الباثولوجية متتحية تماما في تعبيرها  
السلوكى الا أنها ليست متتحية تماما في تعديلها الأيضى (Rosenthal,  
1970) فالشخص الذى يحتمل أن يكون له ولد مصاب بحالة الفينيل  
كيتونوريا اذا تزوج من شخص شبيه في حملة للمورثة المتتحية فانه  
يمكن بالتالى التعرف اليه، وتقديم الارشاد الورائى المناسب له . وبهذه



الطريقة فانه يمكن الحيلولة دون الحمل بطفل يتوقع اصابته بالفينيل  
كيتونوريا .

وقد افترض « كالمان » (Kallman, 1946; 1953) أن انتقال  
الفصام يتم عن طريق مورثات متنحية . ولكن عمله قد انتقد من  
منطلقات عديدة تتضمن العينة التي اختارها من المرضى الفصامين لأجراء  
دراسته ، فقد درس حالات أقامت فترة طويلة في مستشفيات الولاية ،  
وبالتالي فقد كانت العينة متحيزة على الأرجح مفضلا الأفراد الأكبر  
سنا . أي المرضى بالفصام المزمن — وقد غلبت مجموعة من التوائم  
الاناث على العينة ، بحيث مالت تلك المجموعة الى ثقوية التأكيك على  
الفصام المزمن ، نظرا لميل الاناث الى البقاء في المستشفى للعلاج فترات  
أطول من تلك التي يقضيها الذكور . كما انتقدت طريقته التي استخدمها  
في اثبات تشخيص الفصام . (Goldenberg, 1977) .

### خلاصة واستنتاجات

يمكننا أن ننتهي الى استنتاجات عامة عديدة من هذا العرض الذي  
قمنا به للمدخل البيولوجي لبحث أسباب المرض العقلي . ومن أبرز  
تلك الاستنتاجات ما لوحظ من اثبات محددات بيولوجية لأنواع كثيرة  
من التأخر العقلي ، ولاضطرابات مختلفة في الأعصاب . كما أن تلك  
المحددات البيولوجية بيئة جلية في تشخيص « الزللة العضوية للمخ »  
و « الاضطراب العقلي العضوى » . كذلك فقد تم في هذا الفصل تقديم  
نظريات بيولوجية لتفسر بصفة أساسية أشكال المرض العقلي الأكثر  
شدة وقسوة ، وهى أمراض الذهان ، وبخاصة الفصام وذهان الهوس  
الاكتئابي .

وفيما يتعلق بالقضايا الأساسية النظرية أو المتصلة بالمفاهيم فقد  
أثارت النظريات البيولوجية مناقشة القضية القديمة : قضية الوراثة

في مقابل البيئة ، مع التعديلات التي قدمت مؤخرًا لتلك القضية والتي اتخذت موقفًا وسطًا يؤمن بالتفاعل المتبادل بينهما (Eiduson, Eiduson (Williams, « فويليامز » & Geller, 1962 ; Rosenthal, 1970) (1960) مثلًا لم ينكر وجود البيئة أو تأثيرها : بل آمن فحسب بأن الوراثة أكثر أهمية .

وقد أكدت المراجعة التاريخية للنظريات البيولوجية المهمة بتحديد أسباب السلوك الشاذ — أكدت أكثر من أي مدخل مفهومي آخر — على مبدأ مهم جدًا ، ألا وهو وجوب تفسير النظريات في إطارها التاريخي . اذ لا ينبغي لنظرية طورت في فترة علمية تكنولوجية مختلفة أن تقبل بشكل حرفي ، وبخاصة إذا كان من المعقول أن نفترض قيام صاحب تلك النظرية نفسه بتعديلها أو تغييرها فيما لو كان حيا مدركًا لما أعقب نظريته من تقدمات لاحقة في عالم المعرفة (Williams, 1960) .

## الفصل الثامن

### المحددات البيئية للسلوك المرضى

#### ١ - عقد النفسج

تضمنت النظرية والبحوث العلمية المتعلقة بمحددات السلوك المرضى طائفة واسعة من التفسيرات غير تلك التي تتعلق بالجانب البيولوجي (المعسوي) والتي عرضنا لها في الفصل السابع . ومنذ وقت مبكر من التاريخ - وعلى وجه التحديد في بداية القرن الرابع قبل الميلاد - عدت بعض الظواهر الطبيعية - كأوجه القمر مثلا - عوامل مؤثرة في هذا الصدد . بيد أنه في الستينيات من القرن الحالي ساد التأكيد على أثر العوامل البيئية بشكل أكثر شيوعا .

لقد كان عقد الستينيات عقد الاهتمام بالبيئة ، حيث تزايد عدد الكتب التي تم نشرها في ما بين عامي ١٩٦٨ و ١٩٧٢ والتي اهتمت بعلاقات الانسان بالبيئة من منظور ايكولوجي (بيئي) بحيث فاق عددها تلك الكتب التي نشرت في العقود الثلاثة السابقة (Jorden; 1972) . وقد أصبح الأطباء خلال تلك الفترة على وعي بأن الاضطرابات البدنية التي عانى منها عدد كبير من مرضاهم - كالصداع headache والأرق insomnia والآلام العضلية الخفيفة المتواصلة muscular aches والارهاق أو التعب tiredness وغيرها من أنواع الألم Pains - كانت فيما يبدو أكثر ارتباطا بوقائع بيئية لا بعامل بدني أو بكيان مرضي

disease entity بالمعنى الطبى الراسخ • مثل هذه الاضطرابات يشار إليها عادة بالاضطرابات النفسجسمية Psychosomatic •

### الاضطرابات النفسجسمية أو السيكوسوماتية

كان «هينروث» (Heinroth, 1818) أول من استخدم الاضطراب السيكوسوماتى مصطلحا لوصف الأرق • وقد تم تعميم استخدامه لاحقا بحيث تضمن كل الاضطرابات البدنية التى مالت الى الحدوث لا نتيجة لسبب عضوى بل — كما افترض حينئذ — نتيجة لأسباب أو عوامل نفسية • وقد أشير الى هذه الاضطرابات فى الطبعة الثانية من الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات العقلية DSM-II بوصفها اضطرابات نفسفيزيولوجية جنباً الى جنب مع الأعراض الفيزيولوجية، بحيث عدت الأخيرة بشكل خاص نوعاً من التغيرات الفيزيولوجية يتميز بالشدّة والامتداد لفترة طويلة ، كما تصحبه عادة انفعالات معينة (APA, 1968) • ومن ثم فانه يمكن النظر الى تلك الاضطرابات باعتبارها ناتجة عن شحنة انفعالية أو طاقة نفسية مستمدة أثناء الوقوع تحت ضغط أو انعصاب قوى متواصل ( انظر : نظرية الانفعال الطارىء • لكانون فى الفصل الخامس ) •

ويعد الاضطراب النفسجسمى مرضاً بدنياً حقيقياً ، حيث يتميز بأعراض عضوية بدنية يمكن التعرف إليها طبياً ، وليست مجرد أعراض يذكرها المريض بشكل تقريرى اخبارى • ولا يبدو هذا المفهوم مشابهاً لمفهوم ساربن (Sarbin, 1967) المتطرق بالهلوسة باعتبارها تخیلات يقررهما المريض ( انظر الفصل الرابع ) • وفى الحالات الخفيفة أو المعتدلة فان عدم الكفاءة البدنية وحده قد يبدو بشكل واضح كما فى حالات الامساك ، وفقدان الوزن ، وأشكال التضداع ، وعسر الهضم ، والأرق... الخ • وقد يصرف النظر عن هذه الحالة بوصفها حالة

عصبية (أو نرفزة) nerves ، أما في الحالات الأكثر حدة فإنه قد يحدث تلف في الأنسجة — كما في حالات القرح Ulcers — كما قد تفنى إلى الموت .

ويعد الطفح الجلدي ، والربو الشعبي ، وأشكال الصداع النصفي ، وقرح المعدة والاثني عشر ، والتهاب القولون من أكثر الاضطرابات النفسجسمية شيوعا وتكرارا ، والتي تم تفسيرها من حيث تعلقها بشخصية المريض الأساسية ( انظر الفصل العاشر ) . ومنذ عهد ليس بالبعيد ، ومع تحول الاتجاه السيكياتري ( الطبى النفسى ) إلى التأكيد على الوضع البيئى والحياتى للمريض أصبح هناك ميل إلى ذكر أعراض مرضية كضغط الدم الجوهري ، ومرض الشريان التاجي في القلب Coronary heart disease ، ومرض السرطان ، بالإضافة إلى الاعتراف بأن هناك عوامل غير بيولوجية أو غير بدنية قد تسهم — إلى حد ما — في التجميل بحدوث جميع الاضطرابات البدنية (Munro, 1973)

وفي الدليل التشخيصى والاحصائى الثانى DSM-II تم تصنيف الاضطرابات النفسية الفيزيولوجية بشكل فرعى طبقا للجهاز العضوى المتأثر ، ولم يكن تصنيفها في فئة عامة كلية أمرا نافعا أو مفيدا ، نظرا لتحديده لمجموعة من الاضطرابات التي يعد وجودها ماثرا للجدل والتساؤل ، كما شجع هذا التصنيف العام على تقسيمها بشكل ثنائى زائف إلى مجموعتين : مجموعة ذات محددات غير عضوية ، ومجموعة أخرى ليس لها محددات ، وقد أدى ذلك التقريع عموما إلى تعقيد عملية العلاج وأرباك تبادل الآراء والمعلومات بين المختصين أكثر من تيسيره وتسهيله لها (Spitzer & Wilson, 1975) . ومن ثم فقد رفضت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والاحصائى للاضطرابات العقلية DSM-III هذا التصنيف العام كتأييد للاعتراف بالمحدد النفسى

الاجتماعى لجميع الاضطرابات ، والذي ورد في المحور الرابع من هذا الدليل تحت عنوان : « شدة الضغوط النفسية الاجتماعية Severity of Psychosocial Stressors » ، كما ورد في التشخيص النوعى رقم ٣١٦٠ من الدليل ذاته تحت عنوان : « العوامل النفسية المؤثرة في الحالة البدنية » مع تسجيل الحالة البدنية ضمن المحور الثالث من الدليل (APA, 1980) .

وعلى ضوء تزايد أهمية مفهوم الانعصاب stress في الطب النفسى المعاصر ، فإن هذا الفصل سيتعرض في البداية لفحص هذا المفهوم ومراجعته ، وتلخيص البحوث المتعلقة بالانعصاب التجريبي experimental neurosis بالإضافة الى عرض مجمل للمتغيرات الجغرافية والنفسية الاجتماعية الرئيسة - بوصفها عوامل انعصابية - والتي تبدو مرتبطة بحدوث المرض العقلى .

### Stress الانعصاب

يشير الانعصاب فى الميكانيكا الى قوة أو ضغط شديدين ، وهذا يوضح كيف تم تعريفه وتحديدده بصفة جوهرية من قبل كولمان (Coleman; 1973) حين ذكر أن الانعصاب يشير الى المطالب التوافقية الملقاة على عاتق الفرد فى مواجهته لمشكلات الحياة وضرورة كفاحه للتغلب عليها لاتباع حاجاته - بيد أن هناك قدرا كبيرا من البحوث والدراسات المرتبطة بأعمال «هانز سيلي» Hans Selye وزملة التكيف العام general adaptation syndrome التى تنظر الى الانعصاب نظرة مختلفة .

هانز سيلي ( ١٩٠٧ - )

أشار «سيلي» (Selye, 1974; P.31) الى الزعم القائل بأن كلمة «انعصاب» دخلت الى الاستخدام الانجليزى الشائع عن طريق

الفرنسية القديمة وانجليزية العصور الوسطى لتعنى كلمة « ألم distress » . ولكن المقطع الأول من تلك الكلمة قد ضاع بسبب إهمال نطقه واغفال التلفظ به كما يحدث في الانجليزية المعاصرة حين يهمل الأطفال نطق المقطع الأول من كلمة «because» فيلفظونها cause فقد عرف «سيلى» (1974, P 27) الانعصاب بأنه « استجابة غير محددة يقوم بها البدن في مواجهة أى مطلب يطلب منه » . فما أشار اليه «كولان» على أنه انعصاب أطلق عليه «سيلى» : المعصب أو الضاغط Stress .

وبعد ما قدمه «سيلى» لفهم مفهوم الانعصاب اسهاما رئيسا مزدوجا : فقد أسهم من ناحية في تقديم وصف مفصل لاستجابة البدن غير المحددة ، ألا وهي زملة التكيف العام ، كما تبني من ناحية أخرى طريقة للعلاج تختلف من الوجهة الفلسفية عن تلك الطريقة التي كانت دارجة خلال الخمسينيات .

### زملة التكيف العام

على الرغم مما أوضحه سيلى من ادراكه أولا لمشكلة زملة التكيف العام — والتي تتمثل في « زملة كينونة الفرد مريضا فقط » — وذلك في عام ١٩٢٦ حين كان طالبا في السنة الثانية من كلية الطب فانه وصف في وقت أسبق من ذلك بكثير بداية لذلك الادراك تتميز الى حد بالغ بالصدفة والاكتشاف العرضي .

ففى غضون قيامه بتجربة لتصديد الاستجابات النوعية لعقاقير مختلفة وسوموم وخلاصات الغدد والتي تم من خلالها حقن بعض الفئران بجرعات مميتة من تلك المواد ، فوجيء «سيلى» بأنه على حين أفضى كل عقار تم حقنه الى تغيرات نوعية معينة فان أثره العام قد بدا واضحا في ثلاثة أعضاء : فقد تورمت الغدد الأدرينالية بحيث أصبحت

ضعف حجمها العادي ، كما تغير لونها من الأصفر الى البنى • وبالنسبة للغدة الصعترية *thymus* فقد بدأت في الذبول ، كما بدأ الاحساس بمغص معوى متقطع *stomach lining* مصحوب بقرح دامية • ونظرا لأن تلك المواد المتنوعة التي تم حقنها في الفئران بكميات مختلفة قد تميزت عموما بخطورتها على الحياة فقد افترض «سيلى» تمثيل تلك التغيرات الفيزيولوجية لاستجابة الجسم بشكل غير محدد للأذى العام كيما اتفق ، وافترض أنه اذا كان هذا الافتراض صحيحا فانه يجدر اذن بالأنواع الأخرى للموقف العصيب أن تفضى الى استئثاره الاستجابة نفسها ، وقد دعمت الدراسات العملية التجريبية هذا الفرض ، وبالتالي فقد أطلق عليه «سيلى» مصطلح « الرجوع المنذر » *alarm reaction* ، وهو المرحلة الأولى من زملة التوافق العام (Selye, 1936,1950,1952) •

وقد يفضى الرجوع المنذر الى الموت اذا بلغ التنبية العصيب حدا شديدا بدرجة كافية • ومهما يكن من أمر فان الحيوانات قادرة على التكيف لظروف الانعصاب التي يطول أمدتها تحت مستوى الإهلاك أو الاماتة ، كما تكشف بالفعل عن أمارات الإبلال والشفاء من الرجوع المنذر • وقد أطلق «سيلى» على ذلك مفهوم « مرحلة المقاومة » *the stage of resistance* • بيد أن تلك المقاومة تتم بصدد الانعصاب الأصلي فقط لا بصفة دائمة ، فاذا ما أدخل عامل انعصابى جديد أو اذا ما استمر الانعصاب الأصلي فان الكائن الحي يبدأ في الدخول عندئذ الى المرحلة الثالثة والنهائية وهى مرحلة « الاستنزاف أو التعب » *exhaustion* والتي تقضى الى انهياره أو موته •

## المسلاج

افترض «سيلى» (Selye, 1955) وجود تباين أساسى بين طب العصور الوسطى والطب كما كان يمارس فى الخمسينيات • ويتمثل



هذا التباين في اعتماد الأول على الامبريقية « الممارسة العملية »  
 الحضة ، وخضوعه للتصوف والحدس ، في حين حاول الأخير فهم آلية  
 المرض وعلاجه عن طريق التدخل في مراحل تم تحديدها جيدا على طول  
 طريق النمو . وقد اعترف «سيلى» بما حدث من تقدم عبر المنحى  
 الأخير منها بالعلاج الكيميائى والجراحة ، بيد أنه أشار الى أن سبب  
 المرض يبدو غير معروف فى الغالب ، وإذا تمت معرفته فإن خضوعه  
 لأى أسلوب علاجي قد لا يكون أمرا سهلا . فضلا عن ذلك فإنه فى  
 حالة الحروق والتعرض للاشعاع قد تستمر المشكلة لفترة طويلة حتى  
 بعد استبعاد السبب والتخلص منه .

ومن ثم فقد افترض «سيلى» أن المشكلة ليست فى سبب المرض  
 أو الميكروب أو السم أو الحساسية التى يخبرها الفرد بوضفها مرضا ،  
 بل هى فى استجابة الجسم للسبب . فادخال جسم غريب ثان الى  
 البدن - سواء أكان مضادا حيويا أم مشرط الجراح - لمقاومة الميكروب  
 الأصلى قد يكون من المتوقع بالتالى أن يفضى الى مرض ثان . فبقدر  
 العجز عن تحييد أعراض المرض الثانى وابطال آثارها عن طريق أعراض  
 المرض الأصلى فإن تلك الأعراض سوف يشار اليها على أنها أرجاع  
 تسمم أو آثار جانبية عكسية ( انظر الفصل الحادى عشر ) .

فما أوصى به «سيلى» هو اكتشاف الاجراءات العلمية التى يمكن  
 أن تساعد الجسم فى جهوده الطبيعية التى يبذلها للمحافظة على صحته  
 وسلامته . وبدلا من ادخال شئ ما الى الجسم لازالة المرض مباشرة  
 فقد أيد «سيلى» تقوية آليات (ميكانيزمات) الجسم الدفاعية ذاتها  
 وتيسيرها . ويعد ذلك منحى علاجيا قريبا من الوجهة الفلسفية لما يقوم  
 به الطب النفسى المهتم بتصحيح الجزيمات وتقويمها بالعلاج بمقادير  
 ضخمة من الفيتامين ( انظر الفصلين السابع والحادى عشر ) .

## الانعصاب النفسى فى مقابل الانعصاب الفيزيولوجى

قام «لازاروس» (Lazarus, 1966) بالتفريق بين الانعصابين النفسى والفيزيولوجى والذى يبدو مشابها للتفريق بين القلق والخوف ( انظر الفصل الخامس ) . فقد أشار الى الانعصاب النفسى بوصفه تهديدا ، وعده استجابة متوقعة تتضمن تقييما معرفيا للموقف بوصفه موقفا يحتل الاضرار أو الايذاء . أما الانعصاب الفيزيولوجى فقد نظر اليه «لازاروس» على أنه استجابة لضرر راهن .

ولم يحقق هذا التفريق رواجاً واسماً نظراً لما هو مقبول ( لدى المختصين ) عموماً من اشتغال جميع مواقف الانعصاب على عنصر من عناصر التقييم المرفى ، وذلك باستثناء عوامل الانعصاب البدنى الواضحة التى استخدمها «سلى» فى بحوثه المبكرة التى أجراها على الفئران . ( انظر : Pastore, 1950, 1952 ; Schacter & Stäger, 1962 ; Mischel, 1974; 1977 )

## الانعصاب فى مقابل القلق

هناك ميل الى استخدام مصطلحي «الانعصاب» و «القلق» بشكل مترادف ، وهذا الميل أكثر شيوعاً من التمييز بين الانعصاب النفسى والانعصاب الفيزيولوجى . ومهما يكن من أمر فإنه على الرغم من أن القلق يعد فى الغالب استجابة لموقف عصيب فإنه لا يمكن تعريفه بوصفه استجابة لمثل هذا الموقف (Krause, 1961) وقد أوضح «كاتل ، شاير» (Cattell & Scheier, 1961) بمصفاً عملية نمطاً لاستجابة انعصابية تمثل عاملاً متميزاً من الناحية التجريبية عن نمط استجابة القلق .

## الأزمة

فى بعض الأحيان قد يشار الى الانعصاب الحاد أو القصير المدى

بوصفه أزمة (Caplan, 1964) وبخاصة اذا مال الى الانخضاء الى  
احداث تغير مفيد في سلوك الفرد أو توافقه (Rapoport, 1962) .

وقد أصبح مفهوم «الأزمة» شائعا في الطب النفسي الاجتماعي  
حيث أصبح التدخل في الأزمة قضية أساسية (انظر الفصل الثالث عشر)،  
ولكن نظرا للتوسع في استخدام هذا المفهوم فإنه يفتقر الى التحديد  
في طريقة تطبيقه وممارسته ، كما أصبح مرفوضا من قبل المختصين  
الذين يفضلون استخدام مفاهيم أخرى أسبق منه كالانصباب ،  
والكفاح ، والاستجابة ، والألم (Eastham, Coates & Allodi, 1970)

### قياس الانصباب

على الرغم من تحديد « كولمان » (Coleman, 1973, P.170)  
للانصباب بوصفه متغيرا بيئيا فإن تعريفه لشدة الانصباب يتبسم  
بطابع بيولوجي . فقد عرف تلك الشدة بأنها ، « درجة التهتك التي  
تحدث في النسق أو الجهاز النفسي للفرد اذا فشل في الكفاح للتعامل  
مع مطلب توافقي » .

وتتضح حتمية اللجوء الى المستوى البيولوجي من خلال الحقيقة  
التي تقضي بأن الاستجابة الانصبابية — شأنها في ذلك شأن كل  
الاستجابات الانسانية — هي نتاج للتفاعل بين الكائن العضوى وبيئته،  
وهذه البيئة تتضمن بعض المتغيرات المعقدة والمجردة كأهمية العوامل  
المسببة للانصباب وتسلسلها ، ومصادر الانصباب ومدعماته الخارجية  
المتاحة في البيئة ، بالإضافة الى تضمنها للأسلوب الذي يتم به ادراك  
موقف الانصباب أو تقييمه (Coleman, 1973) .

وبرغم ذلك فإنه من المعتقد أن جميع المتغيرات البيئية والشخصية  
الوثيقة الصلة بالانصباب يمكن وصفها بشكل مفصل مدروس ، كما

يمكن تقييمهما ووضع معادلة تسمح بقياس الانعصاب على نحو دقيق من حيث علاقته بالعامل الضاغط الانعصابى . وعلى الرغم من أن ذلك قد يبدو مشروعا يتسم بالتعقيد والتركيب وليس في مقابل المعرفة الحالية بكل تأكيد ، فإن ثمة خطوات تم اتخاذها بالفعل تجاه تحقيقه . فقد تم في الوضع الاكلينيكي قياس حدة الانعصاب فيما يتعلق بـ اثنتين فقط من كثير من المتغيرات الموقفية هما : عدد مرات وقوعه ودلالته أو أهميته .

وتتسق الفكرة القائلة بأن تأثير عدد من عوامل الانعصاب العديدة في وقت واحد سيكون له أثر أقوى وأعظم من تأثير عامل انعصابى واحد يعمل بمفرده — تتسق — مع نظرية الأنظمة العامة (Von Bertalanffy, 1968) بالإضافة الى اتساقها مع أعمال «سيلي» (Selye, 1950; 1955; 1974) و « ميلر » (Miller; 1960; 1961) و « جوتزشالك ، هير ، بيتس » (Gottschalk, Hahr , Bates, 1972) كما حظيت بتأييد عملى من قبل « لانجر ، ميكائيل » (Langner (1963) Michael & ويركمان (Berkman, 1971) بالإضافة الى ما قام به « هولز ، راهى » وآخرون (Holmes, Rahe et al. فيما يتعلق بأحداث الحياة .

### أحداث الحياة

في أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات تم اجراء عدد كبير من البحوث والدراسات التى استخدمت أحداث الحياة بوصفها مقياسا للانعصاب لدى المجموعة السكانية بصورة عامة :

(Holmes & Rahe, 1967; Rahe, 1968; Rahe et al., 1970; Myers et al., 1971; Thomson & Hendrie; 1972; Uhlenhuth & Paykel, 1973)

وعلى الرغم من أن أحداث الحياة قد لا تكون سببا كافيا للمرض

المعقلى فانه يمكن اعتبارها سببا ضروريا معجلا ببداية المرض  
(Petrich & Holmes, 1977) .

وقد قام « هولز ، راهى » (Holmes & Rahe, 1967) بتصنيف قائمة  
شملت ثلاثة وأربعين حدثا من أحداث الحياة ، حيث أعطى أحدها وهو  
الزواج قيمة تحكمية بلغت خمسين وحدة كأحداث تغير من حياة  
الأشخاص . ثم أعطيت تلك القائمة لعينة ممثلة من العاديين بلغت  
٤٠٠ شخص تقريبا . وطلب منهم تقييم الأحداث الأخرى بوصفها  
مواقف أكثر انحصابا من الزواج أو أقل منه . وقد تم بذلك الحصول  
على مقياس أطلق عليه « مقياس تقدير إعادة التوافق الاجتماعى »  
Social Readjustment Rating Scale وهو عبارة عن قائمة  
تتكون من ٤٣ حدثا حياتيا تراوحت في ترتيبها بين الأحداث المسببة  
لأكبر انحصاب ( وفاة الزوج أو الزوجة = ١٠٠ ) وأقل انحصاب  
( الحصول على إجازة = ١٣ ، عيد رأس السنة = ١٢ ، انتهاكات القانون  
غير الخطيرة = ١١ ) . كما قام « جندرسون ، راهى » (Gundersen &  
Rahe, 1974) وكذلك «ماركس» وآخرون (Marx et al., 1975)  
بتطوير مقياس مشابه بحيث يستخدم مع طلاب الجامعة .

وبرغم أنه ليس من المرجح - فيما يبدو - أن تكون أوزان كل  
البنود الفردية التى تم الحصول عليها من المتوسطات الجماعية ملائمة  
لفرد بعينه فإن الدرجة الكلية لتلك المقاييس تتسم بقدر من الصدق  
validity . وتتمثل مواطن الضعف الرئيسة لتلك المقاييس فى اخفاؤها  
فى أن تأخذ بعين الاعتبار تباين المكانة الاجتماعية لدى الأفراد ،  
فالأشخاص الذين لم يتزوجوا بعد - على سبيل المثال - لم يواجهوا  
بعض الأحداث التى تشتمل عليها تلك القائمة كموت الزوج أو الزوجة،  
أصف الى ذلك أن تلك المقاييس تعتمد على تذكر أحداث الحياة  
واستدعائها ، مما يجعل عملية التذكر خاضعة للانتقاء والاختيار

و/أو الكتب مع مرور الوقت (Rabkin & Struening, 1976; Uhlenhuth, Balter, Lipman & Haberman; 1977, Strauss, 1979).

### العصاب التجريبي

يميل علماء النفس الى الاقتراب من مشكلة الانعصاب من منظور يختلف اختلافا طفيفا عن منظور «سيلي» أو منظور «هولز ، راى» وزملائهما . وانطلاقا من تصورهم للانعصاب على أنه «اجباط» و «مراع» فقد عملوا فى اطار من النظريات النفسية المتعلقة بالتعلم والدافعية مستخدمين بعض الحيوانات فى تجاربهم لتطوير مفاهيم فى المرض العقلى مشابهة لتلك المتعلقة بالانسان ، وهى ما يشارون اليها بوصفها « عصابا تجريبيا experimental neurosis » .

والجدير بالذكر أن استخدام الحيوانات لأغراض تجريبية وبحثية يتيح للباحث دراسة مضبوطة لعدد من الظواهر التى قلما تتم ملاحظتها — لأسباب أخلاقية — بشكل آخر فى ظل ظروفها الطبيعية الأكثر تعقيدا . ومن ثم فإن أنماط العصاب التجريبي قد تمت دراستها على أمل استنتاج قوانين وقواعد عامة قد تسهم فى توضيح أنماط العصاب الانسانى (Shagass, 1972) . وقد اتجهت الدراسات والبحوث على وجه الخصوص الى تقديم دعم لمؤيدى العلاج السلوكى ( انظر الفصل الثالث عشر ) الذين أكدوا بالدليل والحجة أن السلوك الشاذ (اللاسوى) انما هو مجرد استجابة غير تكيفية متعلمة ، أو هو نوع من الاخفاق فى تعلم الاستجابات التكيفية ، وأن اكتساب ذلك السلوك الشاذ أو التخلص منه انما يتم وفقا لقوانين التعلم العادية (Wolpe, 1958; Eysenck & Rachman, 1965) .

وقد تضمنت المحاولات المشابهة الأسبق اجراءات الاشراف

التقليدى البسيط ، حيث قام « واطسون ، راينر » باشرط استجابة خوف شاذ رهابية phobic لطفل يدعى «ألبرت» بلغ عمره تسعة أشهر ، من خلال المزاوجة المتزامنة فى وقت واحد بين رؤية فأر أبيض وضوضاء مفاجئة . كما برهنت «جونز» (Jones, 1954) على امكانية التخلص من استجابة الخوف لدى طفل بلغ عمره ثلاث سنوات — ويدعى بيتر — باستخدام اجراء اشرطى . بيد أن مفهومى «الاحباط» و «الصراع» قد أصبحا أساسيين لمفهوم العصاب التجريبي .

### الاحباط Frustration

لاحظ « كوفر ، أبلاى » (Coper & Appley, 1964, P. 412). أن « الاحباط يتضمن منجى لعمل أو نشاط لم يتم الانتهاء منه الى الهدف أو النهاية المرغوبة ، أو أنه حالة غائبة من نوع ما لم يتم الوصول اليها ، أو هو حصيلة أو نتيجة متوقعة أخفقت فى التحقق بشكل مادي ملموس » .

وتعد دراسة «ماكدوجال» (McDougall, 1908) واحدة من أقدم التفسيرات التى قدمت لتفسير الاحباط . ففى شرحه للسلوك افترض «ماكدوجال» وجود ست غرائز أولية أو أساسية من بينها غريزة المشاكسة أو الخصام وما يصحبها من انفعال الغضب . وعلى غير ما هو معهود بالنسبة لبقية الغرائز فانه لا يوجد من الموضوعات أو الأشياء ما يستثير تلك الغريزة . ولكن ماكدوجال يرى أنها تستثار من خلال أية مقاومة للتعبير الحر عن أية غريزة من الغرائز الأخرى ، أى عن طريق الاحباط .

وعند ظهور النظرية السلوكية تم نبذ مفهوم الغريزة من قبل علم النفس الأكاديمي ليحل محله مفهوم الحافز Drive (Woodworth, 1918) الذى اتسم بعدد من الخصائص والسمات المميزة للغريزة

(Burt, 1941) • ونتيجة لذلك ، فقد عرف هابر (Haber; 1966) الاحباط بوصفه حرمانا من التعزيز المتوقع ، واعتبره واحدا من الدوافع الأولية •

وقد مال الاخصائيون الاكلينيكيون الى تقسيم أشكال الاحباط الى مجموعتين : أولاها احباطات داخلية تتم عندما تعجز الأنشطة عن الاستمرار والتقدم نتيجة لقيود أو نواحي قصور ذاتية كالعاقات البدنية ، ومحدودية القدرة أو الكفاءة ، أو نتيجة لاستدماج المرء لمعايير اجتماعية تتمثل في عوامل كف أو الانقراض بما يعليه الضمير أو في اتجاهات أخلاقية ( انظر الفصل العاشر ) • أما مجموعة الاحباطات الخارجية فانها تقع اذا أعيق استمرار الأنشطة عن التقدم بسبب عوامل مادية أو بيئية اجتماعية • وهذا التمييز مفيد بالنسبة للمعالج نظرا لأنه يحدد بفعالية الوجهة التي يتخذها الأسلوب العلاجي بحيث يكون موجها في المقام الأول اما الى الفرد أو الى بيئته •

وقد ركز علماء النفس الأكاديميون اهتمامهم على أشكال الاحباط الخارجي ، حيث قاموا بتحديد ثلاثة أنماط رئيسية في الموقف الاحباطي تتمثل في :

- ازالة الهدف المرغوب •
  - وجود عوائق مادية •
  - استثارة ميول استجابية متضاربة •
- ويطلق على النمط الأخير — طبقا لتعريفه — الموقف الصراعى •

وكثيرا ما يستشهد بالتجربة التي قام بها «باركار ، ديمبو ، ليفين» (Barker, Dembo & Lewin, 1941) كمثال لايجاد حالة من الاحباط عبر حواجز مادية • وقد تم اجراء التجربة على ثلاث مراحل : ففى



المرحلة الأولى — وفي إطار نفسى يتضمن مزاولة أنشطة اللعب فى مستوى عادى — سمح للأطفال باللعب فى غرفة احتوت على مجموعة مختارة من اللعب العادية • وفى المرحلة الثانية أزيح الستار عن مجموعة أخرى من اللعب المفضلة لدى الأطفال ، ثم سمح لهم بممارسة اللعب بكلتا المجموعتين لفترة قصيرة • أما فى المرحلة الثالثة فقد أجمدت مجموعة اللعب المفضلة لتوضع بعيدا عن متناول الأطفال خلف حاجز شبكى من السلك يسمح لهم برؤيتها •

### الصراع Conflict

ينشأ موقف الصراع حين يفضى التنبيه البيئى الى استثارة ميلين متنافرين أو أكثر من تلك الميول المتكافئة على وجه التقريب فى قوتها • فهمى فى حقيقة الأمر موقف احباط مزدوج ، حيث ان حدوث أى من الاستجابتين سوف يفضى الى احباط حدوث الأخرى وكلها •

وفى تجربة أجريت فى مختبر «بافلوف» ، وقام بها « شنفجر كريستوفيكوفا » تم اشراط كلب بحيث يسهل لعابه كلما عرض عليه شكل دائرى (منبه) ، وبحيث ينكف لعابه عن السيلان حين يتم عرض شكل بيضاوى (Pavlov, 1928) • وقد عرض الشكل الدائرى بعدئذ بحيث يتحول بالتدريج الى شكل بيضاوى ، كما عرض الشكل البيضاوى بحيث يتحول بالتدريج الى شكل أكثر دائرية ، وعندما بلغت نسبة محورى الشكل المثير ٩ الى ٨ انهارت قدرة الكلب على التمييز بين كلا الشكلين ، بحيث أصبح فى حالة تهيج واضحة ، وبحيث بدا نابحا مطلقا صراخا طويلا حادا ، كما حاول الفكاك من قيوده •

وقد قام «ليفين» (Lewin, 1931) بتحليل مواقف الصراع بحيث حدد ثلاثة أنماط مختلفة منها ، وهى : صراع الاقتراب — الاقتراب ، وصراع التجنب — التجنب ، وصراع الاقتراب — التجنب • وقد

تضمنت التجربة التي قام بها «شنجر كريستوفيكوف» ذلك النمط الأخير •

أما «ميلار» (Miller, 1944; 1959) فقد أضاف موقفا صراغيا رابعا لتلك المواقف الثلاثة وهو الصراع المزدوج للإقتراب - التجنب، ومن خلال ادماجه لمفهوم «تدرج الهدف» goal gradient لدى «هل» (Hull, 1932) قام بتطوير أنموذج تجريبي للعصاب neurosis معتمدا في تطويره على ثلاث مسلمات رئيسية (Miller, 1959; P. 205) :

( أ ) الميل للإقتراب من الهدف بحيث يقوى هذا الميل كلما زاد اقتراب المفحوص من الهدف •

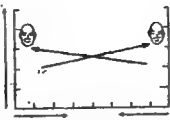
( ب ) الميل لتجنب منه مخيف بحيث يقوى الميل الى التجنب كلما زاد اقتراب المفحوص من المنبه المخيف •

( ج ) تزايد قوة التجنب بشكل أسرع من قوة الاقتراب كلما ازداد المفحوص قربا من الهدف •

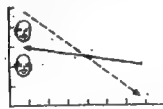
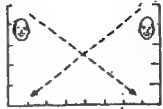
وتمكننا هذه المسلمات الثلاث من تمثيل المواقف الصراعية المختلفة بالرسم البياني الموضح في شكل (١-أ) والذي من خلاله يمكننا القيام بتنبؤات تتعلق بالمسافة التي يبعدها المفحوص عن الهدف ، والتي تتكافأ عندها شدة الميل الى الاقتراب والتجنب ، ومن ثم يعدو المفحوص في حالة من الصراع ، كما تبدو أي مواقف الصراع عندها مستقرة وأنها غير مستقرة •

وعلى الرغم من أن أنموذج الصراع لدى «ميلار» - والمتمثل في الاقتراب/التجنب - يبدو مقننا بقدر من الصدق الظاهري ، وعلى الرغم كذلك من أنه قد أفضى بوجه عام الى اجراء قدر كبير من الدراسات والبحوث فإنه قد تعرض لقدر من الانتقادات الخطيرة جدا •

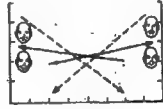
قوة الميل للاستجابة



(١) صراع التجنب - التجنب. (٢) صراع الاقتراب - اقترابه



(٣) صراع الاقتراب - التجنب



(٤) صراع مزدوج من الاقتراب والتجنب

شكل ٨ - ١ تصوير بالرسم البياني لمواقف الصراع التي حددها ليفين وميلار

فالعالبية العظمى من مواقف الصراع الانساني تتضمن عنصر الزمن لا المسافة ، بيد أن معظم الدراسات والبحوث قد تضمنت المسافة المكانية ، كذلك لم يتم بعد تحديد مدى امكانية التعميم من أنموذج الى آخر . ومن ناحية أخرى فان المسلمة الأساسية لنظرية الصراع لدى ميلار تقضي بترديد قوة الميل الى التجنب مع الاقتراب من الهدف بشكل أكثر من تزايدها مع الميل الى الاقتراب ، بيد أن هناك من الدراسات ما يقرر بأن منحنى التدرج الاقترابي كان أكثر انحداراً من منحنى التجنب ، فكلاهما كان مستويا ، وكلاهما قد اتسم بالتوازي برغم انحدارهما ، كما قد اتخذ كل منهما شكل حرف S<sup>8</sup> . وأخيرا فان نظرية الصراع تؤكد على الاقتراب من الهدف ، ولكن يوجد من البراهين

ما يوحي بأن البعد من نقطة البداية قد يشكل المتغير الأكثر أهمية في هذا الصدد (Maher, 1966) .

### أنماط الاستجابة للمواقف الاحباطية

استخدمت الدراسات التجريبية المبكرة للعصاب (Watson & Rayner, 1920; Jones, 1924) بعض الأطفال ، كما ركزت على القلق الناجم عن الخوف المرضي phobic anxiety بالإضافة الى استخدامها لأساليب الاشراف التقليدية . أما الدراسات التجريبية التي أجريت مؤخرًا والتي قام بها «ماسرمان» (Masserman, 1943) و «ليديل» (Liddell, 1944, 1956) فقد استخدمت أيضا أساليب الاشراف التقليدي ، بيد أنها استخدمت الحيوانات في اجراء تلك الدراسات ، بالإضافة الى تعيينها طائفة متنوعة من الاستجابات السلوكية .

فبالنسبة «لماسرمان» فقد قام بتدريب القطط على الذهاب الى صندوق ، ورفع غطاءه ، ثم الأكل من ما فيه من طعام استجابة لاشارة صوتية أو ضوئية . وعندها تحقق له ذلك قام بتصميم موقف صراع الاقتراب — التجنب من خلال توجيه نفخة هواء في وجه الحيوان أثناء تناوله للطعام من الصندوق ، وبذلك الطريقة تم له الحصول على طائفة متنوعة من الأنماط السلوكية أسماها «ماسرمان» بالاستجابات العصبية ، كما صنفها الى ثلاث فئات: القلق المزمن chronic anxiety والاستجابات الهلعية الرهابية المرضية phobic responses بالإضافة الى فئة ثالثة تتمثل في أعراض أخرى كتسوية الحيوان لشعره بشكل مفرط ، ومحاولات لضمان الحصول على انتباه المجرّب .

أما بالنسبة «لليديل» فقد قام في تجاربه باشراف استجابة انثناء الرجل لصدمة كهربائية خفيفة وفقا لمنبهات حسية معينة ، بينما تم اشراف سلوك التغذية استجابة للطعام وفقا لمنبهات حسية أخرى . ومن

ثم فقد قام «ليديل» بأحداث موقف صراعى من خلال العرض المتزامن  
لنبهات متباينة . وفى ظل تلك الظروف تم إحلال الاستجابات المتعلمة  
محل السلوك الاذعانى والنكوصى والعدوانى .

وقد شهد النمو اللاحق لمفهوم الصراع ميلا إلى تجاهل القلق  
والمخاوف المرضية فى محاولة لتأييد خمسة من الأنماط السلوكية الأخرى  
التي تحدث استجابة للمواقف الإحباطية ، وهذه الأنماط هى : الكبت ،  
والاذعان ، والنكوص ، والتثبيت ، والعدوان (Rosenzweig, 1944;  
Maier, 1949) .

### ( ١ ) الكبت Repression

يرتبط مفهوم الكبت بأصحاب النظريات المتجهة اتجاها نفسيا  
تحليليا ( انظر الفصل العاشر ) ، ويشير هذا المفهوم إلى النسيان الذى  
يدفع اليه motivated المواقف المحدثة للقلق أو غيرها من المواقف المؤلمة .

وفى محاولة لدراسة تأثير «زيغارنيك» بشكل مضطرب (Zeigarnik;  
1927) قام «روزينزفايخ» (Rosenzweig, 1943) بإعطاء مجموعتين من  
الطلاب الجامعيين عددا من أحجية الصور المقطوعة ليقوموا بإكمالها ،  
ولكنه قام بالتحكم فى الوقت المتاح بشكل بارع يسمح لكل طالب بإكمال  
نصف العدد الكلى المعطى له فقط على نحو ناجح . وفى الوقت نفسه  
أخبر أفراد إحدى المجموعتين بأن ما يقومون به إنما هو لاختبار  
ذكائهم ، بينما أخبر أفراد المجموعة الأخرى بأن ما يقومون به إنما هو  
لاختبار معرفتهم بإكمال تلك الصور المقطوعة . وعندما طلب من أفراد  
المجموعتين أن يقوموا بتذكر تلك الإحجيات بعد ذلك نسي عدد كبير  
من أفراد المجموعة الأولى بصورة دالة المهام التي لم يكملوها ( انظر  
كذلك الفصل الرابع ) .

## (ب) Resignation الاذعان

يمكن تعريف الاذعان بأنه حالة من الخضوع والاستسلام submission والاختناق في مقاومة موقف ما من المواقف . ويحدث الاذعان مصحوبا بأشكال كثيرة من المرض العقلي . ويرتبط الاذعان بطائفة متنوعة من الفئات التشخيصية طبقا لدرجته ، والموقف الذي يحدث فيه ، والأعراض الأخرى ، وما يتم من تفسير له .

وفي دراسة ونقد للاذعان بوصفه عرضا للاجباط ذكر « ماير » (Maier, 1949) ما طرحه « ألبورت ، برونر ، جانندورف » (Alipport, Bruner & Jandorf, 1941) من وصف لاتجاهات عديد من اللاجئين الذين عانوا من الاضطهاد في ألمانيا النازية ، كما ذكر ما قام به «أيسينبرج ، لازارفيلد» (Eisenberg & Lazarfeld, 1938) «زاوادلزكي، لازارفيلد» (Zawadzki & Lazarfeld, 1935) من دراسات لطلبالة أثناء الكساد الاقتصادي ، حيث استشهد بما قالوه من أن الاذعان يتضمن تحديدا مفرطا لكل الاحتياجات مع عدم توافر خطط مستقبلية أو ارتباط بالمستقبل ، مع انعدام الآمال بالمرة أو وجودها دون أن تؤخذ بجدية .

والاذعان مشابه إلى حد كبير لمفهوم العجز المتعلم learned helplessness الذي عرف بوصفه استجابة لموقف بغيض سبقت مواجهته على نحو لم يمكن السيطرة عليه بحيث يتعارض مع تعلم الهرب والتجنب ، كما يتميز هذا الموقف بأنماط من القصور في المبادأة بالاستجابة وفي ارتباط التعزيز بالاستجابة (Overmier & Seligman, 1967; Seligman & Maier 1967; Seligman, 1975; Miller; Rosellini & Seligman, 1977) .

## (ج) النكوص Regression

يعد النكوص مفهوما آخر مرتبطا بأصحاب النظريات ذات الاتجاه

النفسي التحليلي • كما يعد مضادا للنمو والارتقاء • وهو سلوك يتحول ليصبح سمة مميزة للناشئة من صغار الأطفال ، أو للمرضى في وقت مبكر من حياتهم • ومن السمات السلوكية المميزة التي تتبند مؤشرا دالا على النكوص : التبول اللاارادي في الفراش ، والبكاء المفرط ، واللعب غير البناء ، واعتماد الطفل على أمه في عمر أكبر مما هو معهود فيه الاعتماد عليها (Maler, 1949) •

وكما ورد في تقارير « باركار ، ديمبو ، ليفين » (Barker, Dembo, 1941) & Lewin فإن النكوص يعقب الإحباط • فقد أظهرت المقارنة التي أجريت بين نشاط اللعب لدى مجموعة من الأطفال ( بلغ عددهم ٣٠ ) قبل إصابتهم بالإحباط وبعدها أن اثنين وعشرين منهم (٧٣٪) قد أصيبوا بالنكوص ، وأن ثلاثة منهم (١٠٪) لم يكتشفوا عن أى تغير، بينما تكشف نشاط اللعب لدى خمسة منهم (١٧٪) عن بنائية متزايدة • ( وعلى كل حال فانه مما يجدر التنويه به أن «تسايلد ، وأترهاوس» (Child & Waterhouse, 1952) قد قدما تفسيراً بديلاً لتلك النتائج ، حيث قدما اقتراحاً يقضى بأن سمة البنائية constructiveness في اللعب قد تقاومت بالنسبة لاستجابات التنبه التي تداخلت مع اللعب ) •

#### ( د ) الثبیت Fixation

يقصد بالثبیت تلك الاستجابة النمطية غير التكيفية التي تتميز بالميل الى التكرار دون تنوع أو اختلاف ، كما تتميز بامتلاكها لدرجة ما من مقاومة التغير والتي لا توجد في الاستجابة المتظمة • ويعد الثبیت خاصية مميزة لأنماط من السلوك العصبي كالوساوس ، والأفعال القسرية ، وكذلك الأفعال الطقوسية المعتادة ، والمخاوف المرضية وغير ذلك من الانحرافات الخلقية كهوس السرقة والتعطش الجنوني لاحتساء الخمر ، وادمان العقاقير ، والانحرافات الجنسية • (Maler, 1949)

وقد اشتملت الدراسات المهمة بالتعلم والتمييز لدى الحيوان على موقف تجريبي مبسط تضمن « قاعدة لاشلي للقفز » Lashley jumping stand . فقد استخدم الفأر بشكل نمطي مفحوصا في هذه التجربة ، حيث تم وضعه على قاعدة مرفوعة في مواجهة لوحة تحتوي على نافذتين ، وقد وضع فيهما مجموعة من البطاقات التي تحمل أنماطا وأشكالا متنوعة . ثم ألزم الحيوان (الفأر) بالقفز الى إحدى النافذتين ، فإذا قفز الى النافذة الصحيحة فإنه سيهبط على السطح الخلفي للقاعدة ، وستتم مكافأته بطعام ما ليأكله . أما إذا قفز الى النافذة الخاطئة فإنه سوف يؤذى أنفه بالارتطام بها وسيسقط في شبكة تقع أسفل اللوحة . ومن ناحية أخرى قام «ماير» (Mayer) (1949) بأن قدم للحيوانات مهمة لا يمكن حلها ، حيث تم تحديد الاستجابة الصحيحة أو الخاطئة بشكل عشوائي .

وبعد عدد من المحاولات غير الناجحة ازاء الموقف المشكل غير القابل للحل رفضت الفئران مخادعة القاعدة . ومن ثم فإن استجاباتها المبدئية تعد نوعا من الفضوع أو الاذعان . ويرى «ماير» أنه عندما يحدث ذلك فإنه يمكن تشجيع الفئران على القفز بنخسها في مؤخرتها بعضا ، أو بالنقر بخفة على ذيلها ، أو بإعطائها صدمة كهربائية . . . الخ . على أن «ماير» نفسه قام بتوجيه تيار هوائي خفيف نحوها لتشجيعها على القفز . فإذا أعيت الفئران عن القيام باستجابة مخففة بالقفز مباشرة الى الشبكة ، أو فوق لوحة عمودية أو بالقفز على جانبي الأجهزة المستخدمة في التجربة فإن الفئران عندئذ ستشكل سلوكا نمطيا يتمثل في استجابة غير تكيفية (لا سوية) بالقفز الى البطاقة نفسها ، أو في الوضع ذاته بشكل متكرر ، وبطريقة تمنعها من القفز والمبور من النافذة ، حتى ولو كانت هي النافذة الصحيحة .



## ( هـ ) العدوان Aggression

يعد الافتراض الذى وضعه «دولارد» هو وآخرون (Dollard et al., 1939) عن العدوان — الاحباط من أكثر الأفكار التى شغلت البحوث المتعلقة بالاستجابة للاحباط • وكتحتاج مباشر لمفهوم «ماكدوجال» (McDougall, 1908) عن غريزة المشاكسة pugnacity فقد تضمن هذا الافتراض فى صورته الأصلية فرضيين أساسيين :

أولهما أن العدوان يعد دائما نتاجا للاحباط •

وثانيهما أن حدوث السلوك العدوانى يفترض دائما — وبشكل مسبق — وجود الاحباط •

وعلى أية حال فقد قام «ميلار» (Miller, 1941) فى وقت لاحق بتعديل ذلك الافتراض ، حيث جاء فى صوره الأخيرة موضحا اعتبار العدوان واحدا فقط ضمن عدد من الأنماط المختلفة للاستجابة التى يثيرها الاحباط ( انظر كذلك Berkowitz, 1962 ) •

وقد تمكن «دولارد» وآخرون (Dollard et al., 1939 ; Miller, 1941) من التعرف الى أربعة مظاهر أو محددات للاستجابة النوعية للاحباط. وهى :

( أ ) قوة الدافع للعدوان •

( ب ) قوة ميل الفرد لكف الأفعال العدوانية •

( ج ) الموضوعات التى تنصب عليها الأفعال العدوانية •

( د ) التفرغ الذى يشجّل الحاجة الى تصريف الانفعالات المكبوتة والمكفوفة ، بالإضافة الى القدرة على ذلك التصريف •

وقد تراوحت التجارب التى صممت لاختبار هذا الفرض بين منع

الأطفال من وضع عدد معين من كرات البلى في ثقب مفتوحة في لوحة (Hazer & Brown, 1955) ، إلى قياس عدد مرات الاحباط الفيزيولوجي والنفسى التى عانى منها مجموعة من القتلة المدانين خلال فترة طفولتهم (Palmer, 1960) الى القيام بمحاولة لايجاد ارتباط بين عدد مرات الاعدام — فى السنة الواحدة — دون محاكمة قانونية والتغيرات فى المؤثرات الاقتصادية ، بحيث اعتمد هذا الارتباط على قيمة محاصيل القطن وقيمة القطن فى الفدان الواحد فى أربع عشرة ولاية جنوبية بالولايات المتحدة الأمريكية (Hovland & Sears; 1940) ولكن أنظر (Mintz, 1946) .

وقد كانت النتائج المبدئية مؤثرة ، بيد أن فرض العدوان ← الاحباط قد تعرض للنقد من خلال ثلاث نقاط رئيسية :

( أ ) محدودية المعادلة الأصلية ( العدوان ← الاحباط ) والتى أفست الى التعديل اللاحق الذى قام به «ميلار» (Miller, 1941) .

( ب ) تبنيه لعدد من المقدمات المطلقة بمفهوم الحافز Drive وبنظرية التعلم لدى «هل» ، وهما فى حد ذاتهما محل للتساؤل والنقاش .

( ج ) اخفاقه فى أخذ الجانب المعرفى أو الذاتى للموقف الاحباطى بعين الاعتبار .

وسواء أكانت مجموعة ما من الظروف البيئية محببة أم غير محببة فإن ذلك قد يعتمد على كيفية ادراك الفرد لها . بل ان احباطها أو عدم احباطها مشروط بهذا الادراك (Pastore, 1950, 1952 ; Mischel; 1974, 1977)

## ( و ) الضغوط Pressures

إذا كان للاحباط والصراع أن يفضيا الى سلوك مرضى فانه لا بد لمستوى الحافز ( الدافعية أو الرغبة ) أن يكون عاليا . وهذا الجانب

من الموقف يشار اليه اكلينيكيًا بوصفه «ضغطًا» ، حيث عرّفه «كولان»  
(Coleman, 1973, P. 169) بأنه تلك « المطالب التي ترغم الفرد على  
الاسراع بجهوده أو تقويتها » ، وقد ذكر أمثلة لذلك منها تضحيات  
الوالدين في سبيل ارسال ولدهما الى كلية ما للدراسة ، وكذلك عدد  
القرارات المهمة التي لابد أن يقوم باصدارها كل يوم مدير أعمال  
تتفيدي •

والضغط مصطلح نواجهه بشكل غالب في البحوث والدراسات  
التي أجريت مبكرًا، حيث قامت بالتمييز بين الضغوط الداخلية inner  
والمطالب التي يلزم الفرد نفسه بأدائها ، والضغوط الخارجية ، ومطالب  
الآخرين التي يضطلع الفرد بتحقيقها نزولاً على رغبتهم • وقد ارتأى  
«موراي» (Murray, 1938) مفهوما للضغط يتمثل في كونه « قوة بيئية  
تعمل في اتجاه مضاد للأفعال المتعلقة بحاجات نفسية » ، وهو مفهوم  
يرتبط على نحو واضح بمفهوم الضغوط الخارجية •

### نقد المصائب التجريبية

تمثل النماذج التجريبية للمرض العقلي محاولات متشابهة أكثر  
منها صوراً مطابقة ، ويتضح ذلك بوجه خاص حينما يكون النموذج  
قائماً على أساس من تجارب الحيوانات نظراً لأن هذه التجارب تمنعنا  
من دراسة أية أعراض نفسية ذاتية (Abramson & Seligman, 1977)  
وتبعاً لذلك فإن نتائج تلك التجارب قد تم تفسيرها بطرق لم تلق قبولا  
واسعاً على الدوام ، كما تعرضت للنقد على أساس من ثلاث نقاط تعد  
رئيسية لتلك التفسيرات ، وهي : صدق التماثل ، ومفهوم المرض العقلي ،  
وما يتم التوصل اليه من استنتاج يتعلق بدافعية الحيوان •

## (١) صدق التماثل Validity of the analogy

قدم «جراهام فولدز» Graham Foulds (من خلال اتصال شخصي) اقتراحا يقضى بأن الاختلاف الرئيس بين العصاب الحيواني أو التجريبي والعصاب الانساني يتمثل في خوف الحيوان من النوع الأول مما سيحدث له ، بينما يكون الانسان في النوع الثاني خائفا مما سيفعله هو . ويتسق تفسير «ليدلل» (Liddell, 1956) للعصاب التجريبي مع اقتراح «فولدز» .

ومن المفترض أن جميع المواقف الصراعية تتسم بالقتل والبغض الشديد على نحو فطري متأصل ، كما تستثير نوعا ما من السلوك الهروبي إذا كان ذلك ممكنا بأية حال . وقد لاحظ «ليدلل» (Liddell, 1956, P.16) ما هو حقيقة من أن كثيرا من الحيوانات التي تكثف عن عصاب تجريبي كانت مقيدة من الناحية البدنية أو بطريقة أخرى كانت محبوسة في الموقف التجريبي . ومن هنا فقد افترض أن كل استجابة تقع في موقف العصاب التجريبي اما أن تكون تحسينا أو تطويرا وتوسعا أو تشويها حادا لاستجابة الاقدام أو الاحجام .

وإن تجربة كترك التي قام بها «برادي» (Brady, 1958) قد تبدو مثيرة للتساؤل حول صدق التمييز الذي أشار اليه «فولدز» ، فلقد قام «برادي» بوضع قردين في كرسيين مقعدين لحرية الحركة وموصلين بسلك يجعل القردين يتلقيان صدمة كهربية سريعة في القدم كل عشرين ثانية . وبعد أن خصص «برادي» أحد القردين لتنفيذ التجربة بحيث سناه القرد التجريبي أو التنفيذ قام بتدريبه على تفادي التعرض للصدمة الكهربائية وحماية نفسه هو وقرينه منها بالضغط على ذراع معدني مرة واحدة على الأقل كل اثنين وعشرين ثانية . ثم تم وضع القردين بعد ذلك طبقا لجدول زمني يقضى بتناوب تفادي الصدمة ثم الراحة على فترات متصلة تبلغ كل منها ست ساعات . وبعد

ثلاثة وعشرين يوماً توفي القرد التنفيذي أثناء إحدى فترات تقادى الصدمة الكهربائية . وقد كشف تشريح جثته عن وجود ثقب في جدار الأمعاء الاثنى عشر ، مما يعد علامة شائعة في أفراد البشر على اصابتهم بالقرحة . كما كشفت اعادة التجربة في وقت لاحق عن الوصول الى النتائج نفسها مع وجود ثقب اضافية في جدار المعدة . وفي كلتا التجربتين تم ذبح القرد الآخر ( القرد الضابط ) وهو في حالة صحية جيدة تضحية به ( ينبغي التنويه بأن علماء النفس التجريبيين لا يقومون مطلقاً بقتل ما يستخدمونه في تجاربهم من حيوانات أو غيرها كموضوعات تجريبية ، ولكنهم اذا فعلوا ذلك فانما يفعلونه بهدف التضحية بها في سبيل تقدم العلم وتغييره ) . ولكن تشريحه لم يكشف عن مثل هذا الشذوذ المرضى الذي وجد في القرد التجريبي .

ومهما يكن من أمر فقد فشلت التجارب اللاحقة التي استخدمت أنظمة عمل وجداول مختلفة في التوصل الى مثل هذه النتائج ، مما أدى بـ«برادى» الى الاستنتاج بأن الانعصاب الانفعالي المتكرر في فترات نظامية يؤدي الى الاصابة بقرح في المعدة في حالة واحدة فقط ، وهي توافقه مع الايقاع البيولوجى الطبيعى للمريض .

### ( ب ) مفهوم المرض العقلى

يمجز العمل التجريبي مع أفراد آخرين من غير الجنس البشرى عن بحث الجوانب الذاتية للمرض العقلى ، ومن ثم فانه يتحتم في هذا الاطار التجريبي تعريف المرض العقلى من حيث السلوك الطنى الصريح و/أو الاستجابات الفيزيولوجية ، وهذا يعنى أن بعض الاضطرابات قد تم اعادة تعريفها . اذ يعزى الاكتئاب مثلاً — من حيث وجوده الاكلينيكي — الى احسان ذاتي غامر بالافتقار الى السعادة ، بيد أنه من وجهة نظر تجريبية قد تمت اعادة تعريفه بعبارات سلوكية تروى بانه

يمثل افتقاراً الى سلوك اجتماعي توكيدي Assertive ، كما يرجع الى  
افتقار الى التعزيز الايجابي (Wolpe, 1971, Costello, 1972) .

### ( ج ) دافعية الموضوع Motivation of the Subject

أوضح «ماير» (Maier, 1949) — في دراسة العلاج والنظر فيه —  
أن علماء النفس يفسرون حدوث أنماط جديدة من السلوك بأربع طرق  
مختلفة :

١ — التعلم الارتباطي أو الاشراف التقليدي ، حيث تتوافر امكانية  
امتداد استجابة ما عبر مواقف مختلفة متنوعة .

٢ — الاشباع التشجيعي المكافء أو الاشراف الاجرائي ، حيث  
يحدث تغير في السلوك عقب تغير نتائجه .

٣ — اعادة التنظيم الادراكي ، حيث يؤدي التغير في الادراك  
أو تفسير المنبه الى تغير السلوك .

٤ — حل المشكلة والامتصاص .

بيد أن هناك أنماطاً من السلوك — غير تكيفية في المادة — ليس  
من السهل ادراجها تحت أى من هذه الفئات العلاجية السابقة . اذ  
تعد الاثابة مثلاً وسيلة للتعزيز والتدعيم ، وهى فى الوقت نفسه  
وسيلة لاجداث أنماط سلوكية جديدة وتأسيسها ، وبينما تعد الاثابة  
كذلك فان للعقوبة أثراً عكسياً . من ناحية أخرى فان هذا الأثر العكسي  
صحيح فى حالة التبول اللاارادى ، اذ عندما يعاقب الطفل جزاء ببله  
لفراشه فان معاقبته تساعد على استمرار هذا السلوك بشكل ملح بل  
ربما بشكل أسوأ بدلا من انطفائه واختفائه على الأصح .

ونتيجة لذلك فقد سلم «ماير» (Maier, 1949) بوجود نمطين من  
السلوك: سلوك ناجم عن الاثارة والدافعية motivation - instigated

وسلوك آخر ناتج عن الاثارة والاحباط *frustration - instigated*  
وقد عرف «ماير» النهط الأول بوصفه «سلوكاً لا هدف له» كما قام  
بالتفريق بين السلوك الذي لا هدف منه والفرد الذي يعمل دون هدف  
يسمى اليه .

ان السلوك الخالي من الهدف يرجع الى سلوك غير متأثر بالهدف  
أو محكوم به برغم الحقيقة القائلة بلحتمال وجود هدف ما لدى  
الشخص . وما زال صدق التفريق بين الفرد الموجه نحو هدف ما  
والسلوك الموجه نحو هدف من الأهداف موضع نقاش ، كما أن ثمة  
عددا من الانتقادات التي وجهت الى نظرية «ماير» (انظر : Mowrer,  
1960) وبخاصة فيما يتعلق بقضية تعريفه للسلوك الناتج عن الاثارة  
والاحباط بوصفه سلوكاً لا هدف من ورائه .

وقد عرف «بيندرا» (Bindra, 1959, P.54) الهدف بوصفه بأعنا  
اختباره المجرى كنقطة مرجعية لوصف السلوك الملاحظ . كما أشار  
الى أن اختياره لتلك النقطة المرجعية يتم بشكل تحكمى تام ، كما يحتاج  
الى الارتباط والتعلق فقط بما يجريه المجرى من تحقيقات لا بالنية أو  
القصود لدى الحيوان أو بأية حالة ذاتية أخرى . من ناحية أخرى فإن  
المجرى عادة ما يكون على معرفة وعلم بأن الأشياء والأحداث إنما تعمل  
في ظل ظروف معينة بوصفها بواعث ، وأن اختياره لموضوع معين كهدف  
انما يتحدد طبقاً لتلك المعرفة ، كما يتزامن مع تلك الأهداف التي  
يختارها مفصوصه .

ومن وجهة نظر المجرى فإن الشكل النمطى للسلوك والذي كشفت  
عنه فئران «ماير» قد لا يكون سلوكاً موجهاً نحو هدف من الأهداف  
نظراً لعدم توجهه نحو الهدف الذي وضعه المجرى بنفسه ، ولكنه يمكن  
أن يكون هدفاً موجهاً من وجهة نظر القارئ ذاته . ومع ادخال مشكلة

غير قابلة للحل أو التفسير ثم ادخل نفخة هواء في وقت لاحق فانه ربما يكون هدف الفأر قد تغير من البحث عن الطعام الى تجنب الألم وتناديه (Mowrer, 1950 ; McClelland, 1950;1951 ; Elgish, 1951)

### المحددات الجيوفيزيائية ( الجغرافية - الطبيعية ) للسلوك المرضى

يمكن تصنيف المظاهر البيئية التي قد تسهم في تكوين عوامل مؤدية الى الانعصاب تحت عنوانين واسعين :

— عوامل جغرافية مادية أو طبيعية •

— عوامل ثقافية اجتماعية أو من صنع الانسان •

ويتضمن النوع الأول من تلك العوامل القمر ، والبيئة الجغرافية المناخية ، ودرجة الحرارة والمناخ • وفيما يلي تفصيل لتلك العوامل.

#### ( ١ ) القمر Moon

هناك اعتقاد بأن للقمر تأثيرا على السلوك • ويعد ذلك مثالا محددا للاعتقاد السائد على نحو واسع بأن للأفلاك تأثيرا على السلوك، وهو اعتقاد يضرب في أغوار الماضي البعيد حيث يعود على الأقل الى سنة ٤٠٠ ق.م ، كما اعترف به « ويليام شيكسبير » نفسه في أشعاره، حيث يقول :

ليس الخطأ في نجومنا (طوالعنا) ياعزيزى بروتوس

ولكنه في أنفسنا ، حيث اننا أشخاص ضئيلو الشأن مرموسون

(Julius Caesar, I. II, c. 1601)

وعلى الرغم من أن افتراض الفلكيين لم يصمد جيدا للدفاع عن نفسه في المحافل العلمية فانه مازال هناك عديد من الأشخاص الذين يؤمنون بخرائط الأبراج التي يستعملها النجمون لكشف الطوائع Horoscopes تقوم كثير من الصحف والمجلات بنشرها • كذلك



فان الاعتقاد بتأثير القمر بوجه خاص مايزال له دوره في اصدار تقارير بحثية متعارضة .

وقد مالّت التفسيرات المقترحة التي حاولت ايضاح العلاقة بين القمر والسلوك الى اظهار النمو الذي طرأ على المعرفة العلمية ، بل على المعرفة بالتبريح الانساني والأداء الوظيفي للجسم . فقد عزا « بليني الأكبر » Pliny the Elder الذي عاش في الفترة من ٢٣ - ٧٩ م ، و « كلودياس بطليموس » Claudius Ptolemy ( سنة ١٥٠ م ) السلوك المرضي المتعلق بالجنون lunacy الى رطوبة المخ ونداوته ، كما اعتقدا بأن هذه الرطوبة ناجمة عن القمر وأنها تحدث بالطريقة نفسها التي يحدث بها الندى الليلي . وفي وقت لاحق وعندما لوحظ ما هنالك من تشابه بين نسبة الماء الى المواد العضوية وغير العضوية في جسم الانسان والنسبة نفسها في الكون عموماً - والتي تبلغ ٤ الى ١ تقريباً - فقد استدل من ذلك على أنه اذا كان الجذب أو السحب الجاذبي للقمر يمكن أن يؤدي الى تغيرات متعلقة بالماء والجزر tidal changes في مسطحات الكون المائية فانه يمكن أن يؤدي كذلك الى تغيرات مدية وجزرية في مقادير الماء وكمياته في أجسام الناس والتي - اذا أخذنا في الاعتبار ما يرتبط بها من تغيرات تحليلية كهربية electrolyte وهورمونية hormonal - تؤثر بدورها في بدايات النشاط العصبي أو عباته ( Lieber & Sherin, 1972 ) .

وقد تراوح السلوك الذي ارتبط بأوجه القمر بين الصرع ، واستدعاءات تليفونية غير متميزة لراكر المحسن crisis centers (Weiskott, 1974) وإدارات مستشفيات الطب النفسي (Osborn, 1968, Pokorny; 1968) الى الانتحار (Chereau; cited by Oliven; 1943) والقتل (Lieber & Sherin; 1972) . من ناحية أخرى فان ثمة عدداً قليلاً من الدراسات التي أعيد اجراؤها والتي لم تنتج فرصة لزيد

من التفسيرات المجملة المختصرة (Coles & Cooke, 1978; Cooke & Coles, 1978; Campbell and Beets, 1978) قد افترض أن الاختناق في البرهنة على ما للقر من تأثير على السلوك يعود الى الاختناق في ايجاد تعريف ملائم لنمط السلوك موضع التأثير : فالجنون اعتقاد بالأسباب المرضية للاضطراب الذى لم يتم مطلقا تحديده بدقة (Cooke & Coles, 1978, P.895)

### البيئة الجغرافية المغناطيسية Geomagnetic

تتميز الكرة الأرضية باشتمالها على مجالات مغناطيسية قوية تتدفق بشكل مستمر ثابت ، كما تشتمل على عديد من الأجزاء الخاضعة لقوى الجذب المغناطيسى بقدر متنوع من الشدة في مختلف الأوقات . ويعد النشاط الشمسى المرتبط بما يطلق عليه عادة « كلف الشمس sunspots » ظاهرة مستقلة برغم تأثيرها وتأثرها بمجالات المغناطيسية الأرضية .

ومن حين الى آخر ، وعلى فترات غير منتظمة يبرز فجأة نشاط قوى متزايد في الشمس بحيث يفضى الى اطلاق جسيمات ذرية مشحونة في الفضاء بوصفها « أشعة كونية » cosmic radiation . وبعد عدة أيام من بروز هذا النشاط تصل بعض هذه الجسيمات الى الغلاف الأرضى حيث تعجل بحدوث عواصف من الجاذبية المغناطيسية .

وقد كشفت البحوث عن وجود ارتباطات تتراوح دلالاتها الاحصائية بين منخفضة الى ملحوظة واضحة ، وذلك بين فترات نشاط الجذب المغناطيسى الطبيعى المتميزة بكثافتها الأقوى — كما تبدو في الأيام التى تنشط فيها العواصف — والقياس العام للاضطراب النفسى ومعدلات الالتحاق بمستشفيات الطب النفسى (Friedman, Becker & Bachman, 1963) ، كما وجدت ارتباطات ايجابية بينهما مما من ناحية. وبين سلوك المرضى المودعين بالمستشفيات ومستوى الاشعاع

الكوني من ناحية أخرى على الرغم مما أبداه بعض المرضى من تحسن ومن تدنى حالة بعضهم الآخر الى الأسوأ خلال الفترات ذات المستويات العالية من الاشعاع الكوني (Friedman, Becker & Bachman; 1965) ومهما يكن من أمر فإنه لم يرد من التقارير ما يدل على إعادة استخراج تلك النتائج (Pokorny & Mafferd, 1966) للتأكد منها .

## درجة الحرارة والمناخ

تعد تأثيرات المناخ على راحة الانسان مسألة خبرة عامة بالدرجات القصوى للحرارة والرطوبة التي تتسبب في إحداث تغيرات وظيفية واسعة (Griffitt & Veitch, 1971) وقد حظيت العلاقة بين المناخ والصحة العقلية على كل حال بقدر ضئيل نسبيا من الدراسة والبحث العلمي ، كما جاءت النتائج في هذا الصدد غير نهائية أو حاسمة (Pokorny & Mafferd, 1966).

ويبدو أن ثمة علاقة واضحة بين فصول السنة ومعدلات الالتحاق بمستشفيات الطب النفسي للعلاج ، مع ارتفاع تلك المعدلات بقدر كبير في أشهر الصيف وانخفاضها كثيرا في أشهر الشتاء ( انظر مثلا (Brady & Lucero, 1958; Lucero et al., 1963; James & Griffin; 1968; Sanborn, Casey & Niswander, 1970)

كذلك فقد أوردت بعض التقارير ما يفيد بلوغ معدلات الانتحار ذروتها في أشهر الصيف الأولى (Pokorny et al., 1963; Stengle, 1964; Digon & Bock, 1966; Cerbus, 1970; Sanborn; Casey & Niswander, 1970) كما أظهرت التقارير الصادرة عن المكتب الفيدرالي للتحقيق في الجرائم بالولايات المتحدة الأمريكية أن الجرائم المرتكبة ضد الشعب تبلغ ذروتها أثناء أشهر الصيف ، وهي أكثر انتشارا في الأجزاء الجنوبية منها في الأجزاء الشمالية. من الولايات المتحدة الأمريكية . بيد أن هذه مجرد ارتباطات فقط .

فاذا أدت التغيرات العادية في درجة الحرارة والمناخ الى التأثير في السلوك المرضى فانها من المحتمل أن تفعل ذلك بطريق غير مباشر :  
اذ ان إنتشار الببوء والدفع في أشهر الصيف يؤدي الى تيسير التفاعلات الاجتماعية والشخصية المتبادلة بوجه عام ، بينما تميل الشدائد والضوايق الاقتصادية على الأرجح الى أن تكون أكثر خطورة وشدة أثناء الشهور المظلمة والباردة من أشهر السنة (Jones, 1956; MacDonald, 1981)

### المحددات الثقافية الاجتماعية للسلوك المرضى

تعد الثقافة Culture أسلوبيا لحياة مجموعة من الناس ، وتتميز عن المجتمع بوصفه مجموعة منظمة من الناس الذين يتبعون نمطا معينا في ممارسة حياتهم (Melville & Herskovits; quoted by Barnhart & Barnhart, 1978)

وطبقا لتعريف الثقافة بهذا المعنى فان مدة الحياة لثقافة ما تمتد الى مدى أبعد من مدة حياة أى عضو من أعضاء المجتمع (Draguns & Philips, 1972) . وقد استخدم هذا المصطلح المركب « الثقافية الاجتماعية » sociocultural هنا للإشارة الى كل من القواعد والمعايير والأعراف والتقاليد ، والتي تقود سلوك الناس في مجتمع ما ، ومن ثم يتكون من خلالها « أسلوبهم في الحياة » بالاضافة الى ما يتميز به هؤلاء الناس من خصائص في علاقات بعضهم ببعض ، والتي تشكل أساسا لتكوين ثقافات فرعية .

ويتسق الاعتراف بما للعوامل الثقافية من تأثير على السلوك مع ما لاحظته «بييتز» (Peters, 1960;P.5) من أن « الانسان حيوان متبع للقواعد Man is rule-following animal فأنفعاله وتصرفاته ليست موجهة ببساطة نحو أهداف معينة ، كما أنها تتسجم مع الأعراف

والمعايير الاجتماعية ، وعلى العكس من الآلة الحاسبة فإنه يتصرف وفقاً لأهدافه ومعرفته بالقواعد والأحكام » ،

أن تأثير الثقافة على المرض العقلي لشامل واسع ، كما أنه ليس ضاراً بالصحة أو مؤذياً لها دائماً . فالمساندة الاجتماعية - طبقاً لـ (Cobb, 1976) - بأنها تلك الأنظمة الاجتماعية التي تمكن الفرد من الاعتقاد بأنه موضع عناية واهتمام ، وأنه ينظر إليه بوصفه عضواً في المجتمع - هذه المساندة يمكن أن تكون معيقة له ومضرة لحالته مما في الوقت نفسه (Cobb, 1976) . يبدو أن اهتماماً ينصب في هذا الفصل على التأثيرات التثليلية للثقافة والتي تلح إليها الباحثون في الغالب الأعظم .

إن الأمر باستخدام إجراءات معينة لتتبع التفاعل ، واختيار أهدافه الموضوعية لتربطه بكل للثقافة تكوين فرد ناصح بحيث يكون أما مريضاً عقلياً أو لديه الاستعداد والميل لأن يفعل كذلك . وثمة أدوار اجتماعية معينة أو عمليات تغير قد تسهم بشكل خاص في خلق مناخ لتعاظم الانعصابى قوى . وقد تسهم كذلك في التعجيل بحدوث سلسلة من الأحداث المتصلة بيزوع المرض العقلي لدى الشخص ، والذي كان نموه سويماً بالضرورة حتى تلك اللحظة . ومن خلال أنماط متنوعة من الإثابة والجزاء فإنه يمكن للثقافة أن تؤثر في الطريقة التي سيعبر بها الشخص الانعصابى عن آله وأسامه ، وبالتالي يعبر عن أعراض مرضه . وأخيراً فإن الثقافة تحدد التعريف الدقيق للمرض العقلي ، كما تحدد من أنماط السلوك ما سيعبر عاديًا وسويًا وما سيعبر مرضيًا لا سويًا . (Benedict, 1934a; Wegrocki, 1989; Leighton & Hughes, 1961)

إن المتغيرات الثقافية الاجتماعية الرئيسة التي ينظر إليها باعتبارها فاعلة أو معجلة بأسباب حدوث المرض العقلي تشمل فيما تتضمنه عوامل مثل التخصر ، والكثافة السكانية ، والعزلة الاجتماعية وانتقاء المعايير ،

والمكانية ، والحيز الشخصى ، والطبقة الاجتماعية ، والبطالة ، والفقير ،  
والحرك الاجتماعي ، بالإضافة الى بعض الاتجاهات الاجتماعية  
كالعنصرية racism والتعيز الجنسى sexism . أما أساليب تنشئة  
الأطفال والممارسات التربوية وأهدافها فاننا سوف نتعرض لها في  
الفصل التاسع .

### ( ١ ) التحضر Urbanization

تبلغ النسبة المئوية لمعدلات دخول المستشفيات المغلقة بالمدن هذا  
عالميا يبلغ ضعف معدلات دخول تلك المستشفيات في الريف ، بحيث  
كلما ازدادت كثافة السكان في المدن ارتفعت نسبة تلك المعدلات  
(Rosen, Fox & Gregory, 1972) . بيد أنه على الرغم من توافر قدر  
لا بأس به من البحوث والتأملات في هذا الصدد ، فإن تحديد ما اذا  
كانت الحياة الريفية أصح ( أكثر صحة ) من الحياة الحضرية في المدن  
مايزال أمرا غير واضح (Freeman, 1978) . وبينما ينسب جزء من  
ذلك الى امكانية الانحراف الحضرى أو الهجرة المنتقاة Myerson,  
(1940) ، فإن مفهومى «الريفى» و «الحضرى» غير متجانسين ، بل  
يتضمنان عددا كبيرا من المتغيرات (Kael, 1977) .

ويمثل الأصل التاريخى للمدينة في كونها مكانا يقيم الناس فيه  
مما بهدف الحماية ولتيسير الأعمال والتوظف ، بالإضافة الى امكانية  
الوصول على خدمات تعليمية وترفيهية وثقافية أفضل بكثير مما يمكن  
أن يقدمه التجمع السكانى المتفرق . ومن المفترض أن مدن القرن  
الخشرين قد أصبحت أكبر وأكثر اتساعا .

ان الاهتمام القائل بأن المدينة قد أصبحت كبيرة الى حد بالغ قد  
يعنى أنها تحتوى على عدد كبير جدا من الناس ، وأنها قد أصبحت  
مكتظة بهم . أو قد يعنى أن التصميم الأساسى للمدينة - والذي ربما

كان ملائماً على نطاق ضيق — أصبح غير ملائم خارج نطاق مساحة جغرافية معينة .

لقد بات مخطوط المدن الصغيرة في الستينيات والسبعينيات والثمانينيات مشغولين بالتخصص في استخدام الأرض . ولكن على الرغم من وجود قيمة واضحة في فصل بعض الاستخدامات عن الأخرى فصلاً هادياً — كفصل المباني والتجهيزات الخاصة بمعالجة مياه البوابع وإقذارها عن الأحياء والتقسيمات السكنية — فإنه يمكن القول بأن فصل الاستخدامات السكنية والصناعية والتجارية والترفيهية عن بعضها بعضاً قد يعد عن مفهوم تخطيط المدن بعداً بالغا (Freeman, 1978) . ولقد كان من المقدر أن من يقيمون من الناس في المدن في العصور الاغريقية والرومانية القديمة كان يوسعهم السير الى ضواحيها في ما لا يزيد على عشر دقائق بعض النظر عن مواقع تلك الضواحي . ولذلك فلم تكن كل مزايا الحياة وفوائدها في حياة المدينة في سهولة الوصول اليها فقط ، بل كانت كذلك في الريف الطاق الحر . فالسير لعشر دقائق لم يكن ليعد الغالية العظمى من الأمريكيين الشماليين عن أحياء السكنى الفرعية التي اتسمت بطابع الستينيات .

وقد تشبه « بكمينستر فولار » المدينة ببأخرة تعمل في خط موصلات نظامي في المحيط ، إذ قد تم اعدادها لتتسع لعدد معين من المقيمين في كل رحلة بحرية . فإذا تضاعف عدد الركاب بشكل ملح فإنه يتم بناء بأخرة أخرى . ولم يفكر أحد في افتتاح مناطق فرعية جديدة حول السفينة بتجميد مكبات ثلجية من المحيط ، ثم إلحاقها بجسم السفينة على نحو غير متجانس لكي تستوعب العدد الزائد من الركاب — بينما يتم إعادة بناء وتكبير مناطق الخدمة مستقلة عن تلك المناطق الفرعية الجديدة — حتى تغدو السفينة وكأنها مظلوق غريب

عاجز عن الحركة • ومع ذلك فإن تلك هى الطريقة التى تنمو بها المدينة المعاصرة وتتسع •

### ( ب ) الكثافة السكانية Population density

تعد الستينيات عقد الاهتمام المكثف بالبيئة • وتتمثل إحدى ملامح هذا الاهتمام فى انشغال العلماء بمعدل النمو السكانى فى العالم وما يحمله من مضمونات بالنسبة لمستقبل الجنس البشرى • وقد أظهر التقدير الذى أجري عام ١٩٦٩ تضاعف عدد سكان العالم كل أربعين عاما ، مما أدى بالعلماء حينئذ الى وضع تصورات مثيرة للاهتمام لا يسفر عنه هذا التضاعف من احتمالات مستقبلية • فان «لوتين»<sup>\*</sup> (Luten, 1964) مثلا قد قدر أنه خلال ٨٠٠ عام قد يصبح نصيب كل فرد ٥ أقدام مربعة<sup>(\*)</sup> من كل من السطح والأرض والبحر ، وأنه خلال ألفى عام سيمتد حجم الجنس البشرى الى خارج الأرض بسرعة الضوء • وقد تركز معظم الاهتمام حول قضية البقاء البيولوجى (العضوى) biological survival ، وحول ما اذا كان من الممكن توافر طعام وماوى كافيين لكل من يعيشون فى المستقبل من الناس • بيد أنه وجد كذلك اهتمام بنوعية الحياة وتأثيراتها على الصحة العقلية لمن يعيشون فى ظل تلك الظروف المتسمة بالكثافة والازدحام •

وقد قام «كالهاون» (Calhoun; 1962) بتحديد اقامة مجموعة من الفئران النامية معا فى منطقة تستوعب نصف كثافتها السكانية العادية • وبرغم أنها قد عوملت من نواح أخرى بشكل عادى — حيث أعطيت طعاما كافيا ملائما ، ومواد لازمة للعيش والمأوى — فان الحيوانات الحوامل قد فشلت بشكل متكرر فى اتمام فترة حملها بالكامل ، كما أن معدل وفيات صغارها قد ارتفع بحيث بلغ ٩٦٪ ، ومالت الذكور من تلك الحيوانات الى أن تصبح سلبية جدا بحيث كشفت عن سلوك

---

(\*) أى ١٥٠ سم<sup>٢</sup> •



الجنسية المثلية وعن سلوك غير ملائم من اشتواء الجنس المغاير ، كما  
غدت ميالة الى أكل لحوم بعضها بعضا •

كما أجرى «كريستيان» (Christian, 1959) دراسة استخدم  
فيها مجموعات سكانية من الفئران الأليفة. وقد وجد من بين نتائجها أن  
الكثافة السكانية العالية قد أدت الى تغيرات فيزيولوجية شبيهة  
بالاستجابة التنبهية المنفرة التي حصل عليها «سيلي» وهى : تضخم  
فى الغدد الأدرينالية ، وضمور فى الغدد التناسلية ، وتناقص فى فعالية  
الغدة الصعترية • وقد أظهر تضخم الغدد الأدرينالية وضمور الغدة  
التناسلية علاقة خطية مستقيمة Linear بلوغا ريثم الكثافة السكانية •

وقد أورد «كريستيان ، فلايجر ، دافيس» تقريرا عن دراسة  
الكثافة السكانية تضمنت قطيعا من الغزلان تحت ظروف طبيعية • فعلى  
عام ١٩١٦ أطلق سراح قطيع من الغزلان القطبية فى جزيرة غير آهلة  
بالسكان ، كانت تقع فى «شيسابيك باى» على شاطئ المحيط الأطلنطى  
بالولايات المتحدة الأمريكية • ويطول عام ١٩٥٥ كان هناك ٣٠٠ حيوان  
تقريبا بمتوسط غزال واحد لكل «أكر» acre (٤٠٠٠م<sup>2</sup>) • وقد عد ذلك  
بمثابة أقصى كثافة قابلة للحياة أو النمو ، بيد أن حجم قطيع الغزلان  
استمر فى التزايد • وبعد مرور ثلاث سنوات بدأت الغزلان تقلق •  
ويطول عام ١٩٥٩ تبقى من الغزلان ثمانون فقط • وقد أظهر تشريح  
جثث الغزلان التناقضات تعرضها لصدمة أعقبتها اضطراب حاد فى العمليات  
الأيضية metabolic بحيث تضمن نشاطا مفرطا مطولا فى الغدد  
الأدرينالية مما أدى الى موتها •

ومن المفترض بالنسبة للكائنات الانسانية أن عدد الأفراد فى كل  
وحدة مكانية أقل أهمية من نبط البناء وشكله من حيث هو مصدر  
للملوك المرضى ، نظرا لأن التكنولوجيا الانسانية والتصميم المعماري

بوسعهما التخفيف من آثار الكثافة العالية (Gillis, 1974) . ومن ثم فإنه قد تم التفريق بين الكثافة *density* (عدد الأفراد المقيمين في كل منطقة) والازحام *Crowding* (عدد الأفراد المقيمين في كل مسكن) ، بل حتى بين عدد الأفراد في كل غرفة ، وعددهم في كل مسكن ، وعددهم في كل حي ، وفي كل محافظة ... الخ (Michelson, 1970) .

إن التأثيرات المرتبطة بالكثافة العالية لمجموعة سكانية تتأثر بالتالي بالبناء الاجتماعي العام الذي تقع فيه ، ومن المستحيل طرح معايير مطلقة في هذا الصدد (Freedman, 1978) فقد وجد «شميت» (Schmitt, 1968) مثلاً انخفاضاً في معدلات الشذوذ المرضي في هونج كونج بالرغم من تراحم الناس بشكل مفرط طبقاً للمعايير التي وضعها «كومبارد دي لوييس» (Chombard de Lauwes, 1959) لفرنساء . ومن ثم فإن الدراسات التي اهتمت بمجموعات السكان البشرية لم تنفض إلى نتائج متسقة بالدرجة نفسها التي اتسمت بها نتائج الدراسات التي أجريت على مجموعات مختلفة من الفئران والجرذان والغزلان .

وقد قام «كولمان» (Coleman, 1964) بتفسير النتائج التي أسفرت عنها دراسة «كالهاون» فيما يتعلق بالضغط البيئية والأعباء الزائدة المرهقة (Miller, 1960, 1961) ، بيد أن الاضطرابات النفسية لم ترتبط بشكل محدد لا بالازحام ولا بالكثافة السكانية العالية .

أما «شميت» فقد وجد أن عدداً أكبر من المتوقع من الأحداث الجانحين ونزلاء السجون في «هونولولو» قد انتحروا من أحياء تتميز بازدهانها الشديد ، وقد احتوت على مساكن متعددة الأسر ، كما احتوت أبنيتهما على وحدات عديدة ، كما وجد أن نسبة عدد السكان القاطنين فيها كانت عالية بالنسبة للأرض الملائمة للسكنى والإقامة . غير أن هذا الارتباط يحتمل تفسيرات عديدة . وقد قام «فريدمان» «هيشكا» ليفي» (Freedman, Heshka & Levy, 1975) بتفحص العلاقة بين الكثافة

السكانية وعديد من الاضطرابات في مدينة نيويورك ، وعلى حين كان هناك عدد من الارتباطات الدالة فان معظمها قد اختفى عندما قام الباحثون بضبط متغيري الدخل والأصل العرقي .

وعلى العموم فان الكثافة السكانية بين المجموعات السكانية البشرية يغلب أن ينتج عنها انخفاض مستوى الصحة البدنية ، وضعف الممارسات الخاصة بتنشئة الأطفال ، كما تميل الى تنمية مشاعر السخط أو النقمة، والنفور من الوحدة، وبذر بذور التشاؤم واللامبالاة، أو عدم الاكتراث (Schorr, 1963) . وقد قام «كورت» (Korte, 1976) بمراجعة البحوث والدراسات السابقة في هذا الصدد . وانتهى من مراجعتها الى أن الكثافة السكانية لم تكن لها تأثيرات ذات دلالة على السلوك الاجتماعي ( انظر كذلك : Hawley, 1972 ) .

### Social Isolation العزلة الاجتماعية

تعد العزلة النقيض المضاد للزحام المفرط ، وبوسع المرء أن يحيا منعزلا بشكل فعال - أي أن يقلل من احتكاكه واتصاله ببيئته عبر واحدة من ثلاث طرق :

- أن يعايش بيئة فقيرة محرومة من المنبهات .
  - أن يعاني من قصور حسي هامشي يعوق قدرته على إقامة اتصال ناجح مع بيئته .
  - أن يعاني من قصور ادراكي مركزي ، بحيث يعوق قدرته على فهم بيئته أو الوعي بها .
- وقد أوردت الدراسات تقارير تفيد بأن معدلات الالتحاق بالمستشفيات العقلية كانت أعلى بين المهاجرين منها بين المواطنين الأصليين (Rosen, Fox & Gregory, 1972; Arieti, 1974b) ورغم

وجود مؤثرات أخرى دون شك كالبطالة ، وما يطرحة التغير المفاجيء في أسلوب الحياة من ضغط على المهاجر ، بل حتى سوء التوافق المسبق الذى يجعل الفرد يفكر في اتخاذ قرار بالهجرة أو عدمه - على الرغم من تلك المؤثرات - فان المهاجرين غالبا ما يتسمون بقله احتكاكاتهم الاجتماعية وتضعفها بحيث يمكن على الأقل أرجاع جزء من حدوث المرض العقلى بشكل متزايد بينهم الى العزلة الاجتماعية .

ويؤدى القصور الحسى الى ضعف واضح في اتصال المرء ببيئته كما أن الأسلوب الذى يستجيب به لبيئته قد لا يكون تكيفيا على الدوام . وانه من الأمور الشائعة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من ضعف أن يمانوا بالتالى من الاحباط والتشكك فيما يتعلق بتواصلهم مع الآخرين ممن يعيشونهم في بيئتهم . كما يمكن للاستجابة الفلوانويدية ( المليئة بالشك والارتياح ) بشكل دال من الناحية الكلينيكية أن تنمو وتتطور بوصفها استجابة للصمم المركزى أو الادراكى أو استجابة للحبسة الاستقبالية (Benson & Geschwind, 1975) receptive aphasia

وقد سبق «ليز جيلنر» (Lise Gellner, 1959) زميله «ريماند» (Rimland, 1964) بافتراض يفضى بأن الاجترار الذاتى في الطفولة Childhood autism قد ينجم عن قصور أو ضعف ادراكى مركزى . بيد أن هناك نظرية أخرى أكثر عمومية قام «بويس» بوضعها في هذا الصدد (Pos, 1965) .

ففى محاولة لتفسير حالات الهلوسة وما يصاحب حالات الفصام من اضطراب في التفكير قام «بويس» وآخرون بالإشارة الى أنموذج أطلق عليه « أنموذج الشحن الأدنى بالمعلومات » (informational underload model (Pos, 1965, Brawley & Pos, 1967; Pos et al., 1967)

فقد افترض أن المخ - لكى يؤدى وظيفته بشكل عادى - يعتمد على

كل من المعلومات المخزنة فيه وترويذه بشكل مستمر بمدخلات حسية جديدة . فإذا ما انخفض تدفق البيانات الحسية الجديدة الى المخ الى مستوى معين فإنه يطور حالة من الشحن الأقل بالمعلومات ، وعندئذ سيتوجب على المخ الاعتماد بشكل مكثف على ما اختزن من معلومات للاحتفاظ بالمستوى اللازم من الاستثارة والتنبيه . وهذا يؤدي الى ما يسمى بالتفكير الذاتى الاجترارى *Autistic thinking* وحالات الهلوسة *hallucination* طبقا لتعريفهما تقريبا . وقد افترض « بوس » أن تزويد المخ ببيانات حسية جديدة قد يتأثر بعوامل وراثية ، وبالتمثيل الغذائى ، والتدهور العقلى أو البدنى وعوامل تسمية بالأصافه الى تأثيره بالتعليم الفاضل .

وقد أثارت التقارير المتعلقة بمسبل المخ سياسيا والذي أجري للمسجونين في الحرب الكورية (١٩٥٠ - ١٩٥٣) عددا من التجارب المفعلية ، حيث أجريت محاولة اختزال رئيسي في الاستثارة البيئية ، كما استخدمت مجموعة من العمليات التي تهدف الى ايجاد أنماط نفسية شاذة *abnormalities* لدى صغار السن من الأشخاص العاديين بصفة أساسية ( انظر Goldberg, 1966) وقد تمثلت تلك التجارب في نمطين : أولهما استخدام الحرمان الحسى *sensory deprivation* حيث أجريت محاولات للتخفيف من الاستثارة الحسية والاقلال منها الى الحد الأدنى المطلق (Lilly, 1956; Shirley, 1963, Vernon, 1963) وثانيهما استخدام العزل الإدراكي *perceptual isolation* حيث تم تدمير نمط الاستثارة وتنظيمها الهادف الملقى بالمغزى ، في حين تم الاحتفاظ بمستوى الاستثارة بشكل غادى تقريبا (Bexton, Heron & Scott, 1954)

وعلى الرغم مما استخدم من أساليب لأغراء الأشخاص الذين أجريت عليهم التجارب بتوافر مالية عالية فإنهم جميعا قد استخدموا أساليب للتحايل حتى لا يبقوا في تلك المعينات لعدة من الأيام التي حددتها

المجربون في الأصل . وقد بدت الآثار واضحة في السلوك العام ، كما شوهدت في الوظائف الحسية والادراكية والذهنية والشخصية ، كذلك فقد غدا المفحوصون أقل شعورا بالراحة ، وأكثر نشاطا في البحث عن شكل ما من أشكال التنبيه والاستثارة ، بالإضافة الى اكتشافهم عن حدة حسية عالية ، مع تشوش ادراكهم واضطرابه ، بل انهم اكتشفوا حتى عن أنماط من الهلوسة ، وضعف التفكير الناقد ، وقصور الذاكرة ، كما غدوا اما غير مكثرئين أو عدوانيين .

### اضطراب المعايير (اللامعيارية) Anomie

نما مفهوم اللامعيارية أساسا من خلال الدراسات التي قام بها «دوركايم» (Durkheim, 1897) وقد قدمه تفسيراً لقرائيد معدل الانتحار الذي لاحظته خلال فترات الأزمات السياسية والاقتصادية ، وتتمثل فرضيته الأساسية في أن الفوضى أو الاضطراب الاجتماعي يؤدي الى فوضى أو اضطراب في الشخصية ، وقد اعتبر «اللامعيارية» حالة من التمزق الاجتماعي ، حيث يغدو الأشخاص الذين كان بوسعهم التوافق فيما مضى أكثر معاناة — في ظل ذلك التمزق — من صعوبات في التوافق مع بيئاتهم (Wittkower & Prince, 1974; Calhoun et al., 1977; Coleman; Butcher & Carson, 1980) وعلى كل حال فإن ما توافر مؤخرا من دراسات وبحوث سيكولوجية وطبية نفسية يوضح أن اللامعيارية قد غدت دالة على حالة عقلية لدى الناس ، وهي خاضعة للاضطراب والفوضى الاجتماعية ، كما تتميز بمشاعر اليأس والاغتراب والاحساس بانعدام الطموحات أو زوالها (Gottesfeld; 1979) .

### المكانية والحيز الشخصي

يشير مصطلح الإقليمية أو المكانية Territoriality الى البنية التي تشغل فراغا ثابتا حيث يشعر الشخص بنوع ما من الملكية (Lee, 1976) .

أما الحيز الشخصي *personal space* فهو تلك المنطقة التي تحيط بجسم الفرد ، حيث يمكنه ادراك تطلعات الآخرين بوصفها مهددة له (Sommer, 1969) وعلى الرغم من أن هذا المفهوم يبدو وكأنه قد تعرض جيداً للبحث والدراسة من قبل المتخصصين في مجال السلالات البشرية *ethologists* فإن دلالاته في علم النفس والطب النفسي ما تزال غير مؤكدة (Freeman, 1978) ويميل الناس عموماً إلى الاحتفاظ بمسافة مميزة بينهم وبين الآخرين ممن يعيشون في بيئاتهم ، بيد أن هذه المسافة طبقاً للتقارير الوازنة تبدو أكبر بالنسبة للمرضى الفصامين منها بالنسبة لغيرهم . وهي أكبر بالنسبة للانطوائيين منها بالنسبة للانبساطيين ، بالإضافة إلى أنها أكبر لدى السجناء المتعززين بالعنف منها لدى السجنان الذين لا يتميزون بالعنف (Horowitz et al., 1964).

والمسافة قد تتضمن الزمان كما تتضمن المساحة أو المكان (Sommer, 1969) والمكان إما أن يكون نفسياً أو مادياً *physical* وقد قام «فرايد ، دى فازيو» (Fried & DeFazio, 1974) ببحث السلوك الحيزي أو المكاني بين ركاب مترو الأنفاق في نيويورك . وقد وجد أن الركاب يلجأون إلى الدفاع الحيزي أو المكاني في صورة تجنب تبادل الاتصال البصري *eye contact* بينهم ، وعدم الميل إلى الاستجابة للآخرين ، وذلك خلال ساعة الذروة (ازدحام الشوارع بالمواصلات والناس) حيث تتعزز المحافظة على المسافة المكانية . وقد تم الحصول على ملاحظات مشابهة على عينة من المسافرين الانجليز بواسطة مترو الأنفاق في لندن وبخطوط السكك الحديدية البريطانية .

### الطبقة الاجتماعية *Social Class*

يتم عادة تعريف الطبقة الاجتماعية على ضوء ثلاثة عوامل هي : التربية ، والدخل ، ومنطقة الإقامة . وعلى الرغم من أن هذه المعايير الثلاثة قد تبدو غير مترابطة تماماً فإنها تفسح المجال لتصنيف الناس

بشكل متزاوح بين قادة المجتمع المحلي في الحياة العملية والمهنية الى العمال غير المهرة .

ان مسألة انتشار المرض العقلي في الطبقات الاجتماعية المختلفة قد عُدت معقدة من خلال الاهتمام الزائد بالطبقات الدنيا . ولربما كان السبب في ذلك ببساطة هو أن تلك الطبقات الدنيا أكثر طواعية للبحث والدراسة (King, 1978) ، أو أنها أكثر خضوعاً للمظلم والاضطهاد، وأكثر احساساً بوطاة الحياة (King, Dixon & Nobles, 1976) . وهي حالة قد تؤدي فيها غزارة الأنشطة المتعلّقة بالبحث العلمي الى زيادة حزنهم أو كربهم والإضافة اليه . بيد أن هناك دراسة يتم الاستشهاد بها على نحو واسع تفيد بأن ثمة معدل انتشار متزايد للاضطرابات العقلية بين الطبقات الاجتماعية الدنيا — مع وجود علاقة عكسية بين أشكال العصاب والذهان — إذ يشيع الفصام في تلك الطبقات بمعدل أعلى من شيعه بين أعلى طبقتين اجتماعيتين يتسع مرات عین جمعا معا (Hollingshead & Redlich, 1958) .

ان العالوية العظمى من أفراد الطبقات الاجتماعية الدنيا لا يعانون من أمراض نفسية رئيسية (Strauss, 1979) وحتى معدلات انتشارها النسبي التي أوردتها تقرير «هولينجزهيد ، ريدليش» (Hollingshead & Redlich, 1958) هي الأخرى خاضعة لمعديد من التفسيرات والايضاحات .

ومن الممكن البرهنة على أن أعضاء الطبقات الاجتماعية الدنيا هم أدنى أعضاء المجتمع درجة أو منزلة من الناحيتين البيولوجية والعقلية، فهم عاجزون عن تحقيق النجاح في المدرسة أو العمل ، وغالباً ما يتعرضون للمرض ، وإذا ما أصابهم المرض فإن معاناتهم منه تكون شديدة . وبالتبادل فانه يمكن البرهنة على عدم وجود اختلاف أو فارق من الناحية البيولوجية بين أعضاء الطبقات الاجتماعية المختلفة ، وعلى أن معدلات انتشار الأمراض النفسية تعكس تباين الضغوط الاجتماعية



التي يتعرض لها أفراد تلك الطبقات ، كما تعكس تباين الموارد والمساعدات الاجتماعية المتاحة لهم والتي يمكنهم التصرف وفقا لها . وعلى وجه التحديد فإنه يمكن البرهنة على عدم تمكن العامل غير الماهر من اقتطاع جزء من وقت العمل للذهاب لطلب مساعدة مهنية متخصصة الى أن يصبح مريضا على نحو خطير . وفي هذه الحال يمكن اعتبار الطبقة الاجتماعية التي ينتمى إليها الفرد عاملا محددا للاضطراب .

وفي خط منسجم متوافق مع البيانات المتخلقة بالحراك الاجتماعي *Social mobility* (Michael & Langner; 1963) فإنه يمكن كذلك البرهنة على أنه من الصعب جدا بالنسبة للفرد أن يبقى على أقدامه في منطقة سكنية ذات مكانة عالية وعلى مهنته التي يقوم بها بينما يعاني من مرض ذهاني أو عضوي . ومن ثم فإنه بوسع الاضطراب أن يكون عاملا محددا للطبقة .

وأخيرا ، فإنه يمكن لدلالة المسميات التشخيصية العديدة أن تكون موضع نقاش وتساؤل . فالذهان — كمسمى تشخيصي — يتضمن الافتقار الى الاتصال بالواقع ( انظر الفصل الثاني ) ، ولكن بأي واقع نعني؟ ان الواقع — من حيث التطبيق والممارسة — يعني إهراك القائم بالتشخيص للوضع أو الموقف ( انظر الفصل الثالث ) . وفي حين قد ينحدر المرضى من كل الطبقات الاجتماعية فان الأطباء النفسيين — طبقا لتعريفهم تقريبا — ينتمون الى الطبقات الاجتماعية الرفيعة . ومن الممكن الافتراض بأنه كلما ازدادت المسافة الاجتماعية بعدا بين القائم بالتشخيص والمريض تزايد الاحتمال بمعز الأول عن تقدير واقع المريض وبالتالي فإنه يقوم بتشخيصه على أنه اضطراب ذهاني . وعلى أية حال فان انتشار الذهان بدرجة عالية بين أعضاء الطبقات الاجتماعية الدنيا ، والذي لاحظته «هولينجزهيد ، ريدليش» (Hollingshead & Redlich, 1958) قد يعد مجرد إشارة دالة على المسافة الاجتماعية بين

هؤلاء المرضى والأطباء النفسيين القائمين بتشخيصهم •

### الفقر Poverty

على الرغم من تعريف الفقر تقليدياً من حيث تعلقه بالموارد المالية فإن ارتباطه بكل من المكانة المهنية وظروف المعيشة ، وتكاليف الحياة قد أفضى الى التوسع في مفهوم الفقر بحيث أصبح مساوياً لمفهوم الطبقة الاجتماعية الدنيا (Freedman, Kaplan & Sadock; 1976) .

وقد ارتبط الفقر بالتدنى المتزايد لحدوث كل من المرضين البدني والعقلي (Kosa; Antonovsky & Zola, 1969) مع ايضاح ارتباط المرض العقلي بالعزلة الاجتماعية ، وعدم خصوبة العلاقات الاجتماعية وفقرها منذ مولد الفرد. فصاعداً (Callwood, 1975; Freedman, Kaplan & Sadock; 1976) .

### البطالة Unemployment

ليست البطالة مجرد متغير يفضى الى الفقر ، اذ يمكن أن تكون حدثاً من أحداث الحياة المفضية الى انعصاب الفرد في اللحظة الأولى من وقوعها سواء أحدثت عن طريق الفصل من الخدمة أم عن طريق الاحالة للتقاعد (Holmes & Rahe, 1967; Rahe, 1968) .

### الحراك الاجتماعي Social Mobility

قام «ميشيل ، لانجر» (Michael & Langner, 1963) باستخدام استخبار مكون من جزئين : وقد خصص الجزء الأول منه للحصول على معلومات استخدمت بوصفها أساساً لتقدير الحالة الطبية النفسية لمن يجيب عنه ، أما الجزء الثاني فقد خصص للحصول على معلومات تتعلق بالحالة الاجتماعية الاقتصادية لكل من المجيب عنه أو والده اذا كان عمر الأول ٨ أعوام فأقل • وقد تمكن الباحثان من إيجاد ارتباط

بين الحالة الطبية النفسية والحراك الاجتماعي للمجيبين على استخبارهما . فقد وجدنا أن الحراك المثجّه نحو الأعلى قد ارتبط على نحو غير دالّ اما بالأعراض السيكياثريّة ( الطبيّة النفسيّة ) ، أو بالدوانيّة ، أو بالأعراض العصائبيّة . بينما ارتبط الحراك المثجّه نحو الأسفل اما بأعراض عضويّة وذهانّيّة أو باضطرابات في الشخضيّة .

### العرقية Racism

تشتمل المجتمعات البريطانيّة والأمريكيّة الشماليّة على مسكان ينتمون في الغالب الأعظم الى ثقافات البيض والأنجلوساكسون والبروتستانت . أما من ينحدرون من أسلاف مختلفة كالإفريقيين وهنود أمريكا الشماليّة ، والهنود الشرقيين ، والهنود الغربيين . . . إلخ فإنهم يمثلون مجموعات مختلفة من الأقليات حيث يتوافر احتمال قوى بفقر المعيشة ، وانخفاض المستوى التعليمي ، وانتشار البطالة ، كما تتعرض هذه الأقليات على الأرجح لأشكال من التمييز العنصري ، والتعصب من قبل مجموعة الأغلبية السائدة . ومن الممكن أن يفرض ذلك في الطب النفسي الى ميل البيض من الأطباء النفسيين الى تشخيص الشذوذ المرضي لدى السود بدرجة أعلى من تشخيصه لدى المرضى البيض حتى عندما يكشف كلاهما عن الأعراض نفسها ( DeHoyos & Singer, 1965; Gross et al., 1969; Thomas & Sillan, 1972) .

### التحيز الجنسي Sexism

يمكن للنمط التمييزي نفسه الذي يفرض الى الحكم مسبقا بمرض الأشخاص الذين ينتمون الى طبقات اجتماعية ومجموعات عرقية متباينة أن يفرض الى سوء تفسير الأوضاع الصحيّة لهذه الطبقات وتلك المجموعات — يمكن لهذا النمط نفسه — أن يقوم بنفس هذا الدور

التمييز عند التعامل مع المرضى على أساس من جنسهم (ذكر أو أنثى) .  
 فعلى سبيل المثال تعد السيكوباتية psychopathy ( أو الاعتلال النفسى  
 المتسم بنشاط معاد للمجتمع ) اضطرابا ذكريا ( متعلقا بالذكر ) على  
 نحو واسع ، كما يعد الهستيريا والاكتئاب من الاضطرابات الأنثوية  
 ( الشائعة بين الاناث ) ، كما أن ثمة ميلا ملحوظا الى تعيين الاضطرابات  
 الجنسية فى الماضى بشكل يكشف عن تحيز محاب للرجال :

(Barry et al., 1957; Dohrenwend & Dohrenwend.1965, 1967;  
 Broverman et al., 1970; Salzman, 1973; Bem, 1975)

### عصاب المؤسسة Institutional Neurosis

يعد عصاب المؤسسة أو مفهوم العصاب الاجتماعى الذى طرحه  
 بارتون (Barton, 1959) محددا بكل ما فى الكلمة من معنى لما للبيئة  
 من تأثيرات على السلوك ، كما يوضح عددا من المتغيرات التى لها أثر  
 فى البيئة الانسانية ( انظر كذلك 1966, and Vail, 1961, Goffman ) ♦

ويعد عصاب المؤسسة مرضا يتسم بعدم الاكتراث وبالأذعان  
 والخضوع بالإضافة الى تميزه بالافتقار الى المبادرة وأخذ زمام المبادرة  
 والاهتمام ، وانخفاض التعبير عن مشاعر الاستياء عند التعرض لمعاملة  
 تتسم بالجور والغلظة . ومن التشخيصات الفارقة المميّزة : القصور  
 المزمن chronic schizophrenia والخلل أو العته العضوى organic  
 derementia : ولكن فى حين يعد التشخيص الأخير ناجما عن خلل  
 عضوى — أو يفترض فيه أن ينجم عنه — فان عصاب المؤسسة يعد  
 استجابة للموقف البيئى — بوصفه مؤسسة كلية — الذى يعيش فيه  
 الفرد الذى يحكم كل حياته . فهو مفهوم مشابه تماما لمفهوم فقدان  
 الشخصية depersonalization (Rosenhan, 1973) ، والاستسلام  
 resignation . والعجز المتعلم ♦

وتتمثل المحددات النوعية لعصاب المؤسسة أو العصاب الاجتماعى  
 فى فقدان الاتصال أو الاحتكاك بالعالم الخارجى ، وفقدان كل من

الأصدقاء المقربين والممتلكات والوقائع الشخصية ، بالإضافة الى فقدان  
 امكانيات النجاح ودلائل التقدم خارج المستشفى ، وجو القسم  
 ( أو العنبر ) كما يحدده أسلوب البناء أو الديكور أو المظهر الخارجى  
 لذلك المكان أو سلوك المرضى الآخرين المقيمين فيه ... الخ ، كما تتمثل  
 تلك المحددات فى استخدام العقاقير ، واتجاهات الأعضاء العاملين كما  
 تنعكس فى تفاعلهم مع المرضى والاحساس القهرى بالكسل و البطالة  
 . (Barton, 1959)

### خلاصة واستنتاجات

أوردت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصى والاحصائى  
 للاضطرابات العقلية DSMIII وكذلك المبحوث المتعلقة «بأحداث الحياة»  
 - أوردت - المتغيرات البيئية التى تم التعرف اليها بوصفها متغيرات  
 ذات أثر فعال فى حدوث جميع الاضطرابات العقلية منها والبدنية .  
 وقد انصب تركيز البحوث التجريبية المتعلقة بالانعصاب واستخدام  
 الحيوانات على الاستجابات الانفعالية والتلف النوعى للانسجة ، والذي  
 يتعد - كما قد افترض - نتاجا لاستجابة انفعالية مستمرة لفترة طويلة .  
 وتتمثل تلك الاضطرابات فيما يطلق عليه الاضطرابات النفسجسمية  
 التقليدية أو الاضطرابات النفسية الفيزيولوجية . وقد مالت البحوث  
 التى أجريت فى مجال العصاب التجريبي الى التركيز على انفعال معين  
 - وهو القلق - بيد أنها تضمنت طائفة متنوعة من الأنماط السلوكية  
 التى ارتبطت بالاضطرابات العصابية .

ولم يتوافر أى ارتباط دال بين المتغيرات البيئية والتخلف العقلى  
 أو الأعراض المخية العضوية أو الاضطرابات الذهانية - وهى تلك  
 الاضطرابات التى ركر عليها الباحثون فى مجال الطبيعة الحيوية (انظر  
 الفصل السابع) . من ناحية أخرى فإنه لا يوجد فى هذا الاطار أى  
 اعتبار رئيسى للاضطرابات المتعلقة بالخلق character أو الشخصية .

ويعد الاكتئاب الاضطراب الرئيس الذى مآ الى الاتسام بتجاوز الحدود الفاصلة بين توجهات الباحثين المختصين فى الاضطرابات النفسية ، فقد ظأ أطباء العلاج النفسى لوقت طویل يؤكدون بالدليل والحجة على التمييز بين الاكتئاب المحدد بيولوجيا والاكتئاب الذى يعد استجابة لأحداث فى البيئة . بيد أنه يجدر بنا أن نلاحظ أن وصف الاكتئاب المحدد بيولوجيا ينصب فى الدرجة الأولى على العلاجات البدنية ، وكذلك الأعراض النفسية الذاتية باعتبارها وجدانا اكتئابيا . فى حين ينصب وصف الاكتئاب المحدد بيئيا على السلوك العلنى الواضح ، وعلى الأعراض النزوعية الارادية المتميزة بالمجاهدة وبذل الجهد مثل الافتقار الى الطاقة أو المبادأة .

ومن الجدير بالذكر أن كثيرا من المفاهيم التى ورد ذكرها فى هذا الفصل ترتبط ببعضها بعضا ارتباطا وثيقا . فاللامعيارية مثلا ترتبط على نحو وثيق بمفاهيم الخضوع أو الاستسلام واللامبالاة والاعتمادية والسلبية والافتقار الى المبادأة وانخفاض قوة الأنا والعجز المتعلم ، كما ترتبط كذلك بالتشخيصات المتطقبة بالاكتئاب والوهن العصبى neurasthenia ، وعصاب المؤسسة ، والقلق الوجودى والشخصية غير الملائمة والفصام البسيط . وفى بعض الحالات فإن المسميات المختلفة لا تعكس مفاهيم متباينة بالقدر الذى يتم به وصف الظاهرة نفسها بلغة توجهات نظرية مختلفة .

## الفصل التاسع

### المحددات البيئية للسلوك المرضي

#### ب - أثناء النمو

لا يمكن لأحد أن يقلل من أهمية الفترة النمائية لبناء الأنماط السلوكية التي يتميز بها الشخص الراشد وتأسيسها . ويتضح التأكيد على أهمية تلك الفترة من خلال بعض الأقوال السائرة كالمثل القائل : « تنمو الشجرة وتكبر طبقا للاتجاه الذي أميلت إليه حين كانت غصينا غضا » ، أو المثل الآخر القائل : « أعطنى طفلا حتى يبلغ السابعة من عمره . » ويمكنك بعد ذلك الاحتفاظ به بقية حياته » . فالافتراض الكائن هنا هو أن الميول والنزعات المتعلقة بالسلوك والشخصية يتم تكوينها وتأسيسها أثناء نمو الأبنية والمكونات الفيزيولوجية الأساسية في الفرد، كما أن السلوك اللاسوى في مرحلة الرشد أو الفصح هو نتاج مباشر للوقائع والخبرات الشاذة التي لاقاها المرء خلال الفترة النمائية .

وقد اختلفت النظريات التي تؤكد على ما للوقائع والخبرات التي يتعرض لها الفرد خلال الفترة النمائية من أهمية في تحديد ما يقع منه من سلوك مرضي شاذ وهو راشد ، فمن تلك النظريات ما يورد العمليات الثقافية التي تحدث بشكل عادي ، مع افتراض مقدمة منطقية تقضى بأن ثمة شيئا ما خاطئا في المجتمع . ومنها ما قد أورد وقوع الوقائع والأحداث الفاذرة غير المعتادة في حياة الفرد . — كانهدام تعرضه لأحداث ضرورية معينة ، أو تعرضه لها بشكل قوى أو ضعيف —

والأحداث الضرورية التي حدثت في توقيت غير مناسب من حياته .  
وقد تطورت بعض نظريات النوع الأول ونمت بحيث وصلت في تطورها  
الى نقطة أصبحت عندها نظريات خاصة بالشخصية .

### نظريات الشخصية

هناك عدد من المؤثرات الثقافية التي تمارس دورها في تشكيل  
السلوك أثناء الفترة النمائية ومن بينها مؤثرات رئيسة تؤثر في ضبط  
الحاجات الانسانية الأساسية والتحكم فيها . وتتضمن تلك المؤثرات  
ما يستخدم من ممارسات في تنشئة الأطفال ، وقوانين الجزاء بالاثابة  
أو اسعوية وتلقين المبادئ أو الأفكار indoctrination ، كما يمكن لها  
أن تؤدي دورها بحيث تقضى الى تكوين قيم أو معتقدات أو أنماط  
سلوكية معينة ربما كانت شاذة لاسوية ، كما تقضى الى أنماط أساسية  
للشخصية قد يكون بعضها - بنوع خاص - أكثر قابلية للمرض  
العقلي ، بالإضافة الى قيام تلك المؤثرات الثقافية بتقرير نمو مرض  
« أ » بدلا من مرض « ب » (Benedict; 1934a; 1934b; Leighton & Hughes; 1961) ويعد كل من : « سيجموند فرويد ، كارين هورني ،  
أريك اريكسون » من بين العلماء الذين اهتموا بنوع خاص بتلك  
المؤثرات ، بحيث طوروا نظريات مفصلة مدروسة للشخصية انطلاقا  
منها .

### سيجموند فرويد (١٨٥٦ - ١٩٣٩)

تعد الأسرة الوحدة الأساسية للتنشئة الاجتماعية ، وقد أكد  
« سيجموند فرويد » على أهمية ما تتخذه الأسرة من اجراءات أولية  
جدا لحمل مسئولية تلك التنشئة في الوضع الأسري . فكثير من  
الاجراءات المتعلقة بغطام الطفل وتدريبه على استخدام المرحاض في  
عملية الاخراج تقضى باحتياجاته البيولوجية الى الدخول في صراع



مباشر مع متطلبات المجتمع ، كما قام «فرويد» بوضع افتراض يقضى بأن الشكل الذى يأخذه هذا الصراع وكيفية حله والقبض منه يمثلان عاملين مهمين لتحديد شخصية الراشد وتوافقه .

وقد اعتقد «فرويد» بتكون عملية النمو أثناء الطفولة من مراحل متتابعة قام بتعريفها من حيث تعلقها بأجزاء معينة من البدن ، والتي تميل — فى اعتقاده — الى التحكم فى سلوك الطفل وحياته والهيمنة عليهما ، كما تمثل موقع الاحتياجات البدنية ، بالإضافة الى استئثارها للرغبات الشبقية *Erotic* (الجنسية الشهوية) . وقد حدد «فرويد» ستا من هذه المراحل ، كما افترض بأن شخصية الراشد تتشكل بصفة أساسية فى المراحل الثلاث الأولى ، بحيث لا يتجاوز هذا التشكيل نهاية العام الخامس من عمر الطفل .

### ( ١ ) المرحلة الفمية The Oral Stage

ويرتبط التفاعل الأولى للطفل مع بيئته خلال العام الأول من حياته بعملية الأكل أو الطعام *Eating* ، اذ تتضمن تلك العملية أخذ الطعام فى الفم والقيام بابتلاعه اذا كان سائبا أو يصفقه اذا كان كريها بغيضا . وفيما بعد وعندما تبرز الأسنان فانها تستلزم كذلك عمليتي القضم والمضغ . وقد عد «فرويد» سلوك الأكل أو الطعام على أنه يزودنا بالنموذج الأصلي لعديد من سمات شخصية الراشد .

فاللذة المستمدة من أخذ الطعام فى الفم يمكن تعميمها الى فعل الأخذ بصفة عامة ، كما يمكن أن تقضى الى قارئ نهم أو شخص متمطش للمعرفة أو للاستحواذ على ممتلكات مادية ، وبصورة مشابهة فإن القضم والبصق والمضغ قد تقضى — من خلال بعض التحيل الدفاعية كالإزاحة *displacement* والإعلاء أو التسامي *sublimation* (انظر الفصل العاشر) — الى العدوان اللفظى (السناب) الذى يتسم بالسخرية وبإبداء

ملاحظات لاذعة أو قاسية • ويعد الشخص الساذج أو الذى يسهل انخداعه — وهو بالتحديد ذلك الشخص الذى يميل — على نحو رمزى — الى ابتلاع أى شئ ، شخصا منى بالتوقف عن النمو بعد هذه المرحلة ، حيث يظل مثبتا عليها لا يتجاوزها الى غيرها (Freud, 1905a; Abraham, 1921).

ومع الطعام فان ثمة تغير يحدث فى مصدر الطعام ، وهذا التغير يعد محبطا للطفل • فالتحول المفاجئ من التغذية عن طريق الرضاع من الثدي الى تناول الشراب من الكوب يرتبط بنمو دهاء الهوس والاكتئاب فى فترة لاحقة من حياة الفرد (Aristi, 1974b).

### (ب) المرحلة الشرجية The Anal Stage

يبدأ التدريب على استخدام المراض لقضاء الحاجة خلال السنة الثانية من حياة الطفل • وتمتد هذه العملية من وجهة نظر الطفل حالة أخرى من حالات الاحباط • ان منعكس افراغ البراز المتراكم بقدر ما يعد تخلفا من مصدر للازعاج وعدم الراحة فانه كذلك يمثل نشاطا سارا يتحتم على الطفل أرجاؤه وتأخيرها الى الوقت والمكان المقبولين اجتماعيا •

وطبقا «لفرويد» فان عملية التدريب على قضاء الحاجة فى المراض قد تسهم فى تحديد سمات وقيم معينة لشخصية الفرد اعتمادا على الكيفية التى تتم بها عملية التدريب ، وعمر الطفل عند البدء بها ، بالإضافة الى اتجاهات الوالدين نحو عملية الاخراج • فاذا ما اتسم الوالدان بالصرامة البالغة والميل الى القمع فان الطفل اما أن تنمو لديه شخصية احتباسية retentive فيصبح غنيدا وشحيحا ، أو قد يميل الى التخلص من فضلاته فى أوقات غير ملائمة على الإطلاق ، مما يقضى بالتالى الى تطوير سمات شخصية تتسم بالتمرر والفوضى ، وحدة

الانفعال المفاجيء أو سمورات الغضب ، والولع المفرط بالتحطيم والتخريب وبالقسوة والوحشية . من ناحية أخرى إذا قام الوالدان بالتوصل الى ولدهما ومناشدته بأن يحرك أمعاءه للتخلص مما بها من فضلات ، بحيث يثنيان عليه ويطريانه على نحو يتسم بالأسراف والغلو عندما يستجيب لهما فإن ذلك قد يفضي بالطفل الى التفكير في أن عملية الاخراج برمتها على جانب بالغ من الأهمية بحيث يصبح بصفة عامة شخصا مبدعاً ومنتجاً (Freud, 1908, 1917b) .

وتتضح الأهمية التي علقها أتباع «فرويد» على التدريب على عملية استخدام المرحاض للتخلص من الفضلات من خلال عالم مثل «فرايرج» (Fraiberg, 1959, P. 94) انذى تجاوز مظاهر التعلم الاجتماعي المتضمنة في هذا الوضع بأن نظر الى دلالة المرحاض نفسه من وجهة نظر الطفل ، حيث « يقوم المرحاض بابتلاع والتهام ما يتلقاه من أشياء بجلبة قوية متواصلة تجعلها تختفى في أعماقه السحيقة ، ثم ينهض بعد ذلك متعطشا مرة ثانية لالتهام الضحية التالية التي تكون أى واحد » .

### ( ج ) المرحلة القضيبية The Phallic Stage

ينمو لدى الطفل اهتمام بأعضائه التناسلية ابتداء من عامه الثالث تقريبا ، اذ يبدأ حينئذ في مداعبتها بيده وممارسة العادة السرية (الاستمناء) على نحو متكرر ، وتتولد لديه كذلك رغبة في الاحتكاك البدنى بالآخرين على نحو غالب ( وبخاصة بمن هم من جنس آخر مغاير لجنسه ) ، كما يصبح محبا للظهور والاستعراض . وطبقا للنظرية الفرويدية التقليدية فإن عقدة أوديب Oedipus complex تمثل لب هذه المرحلة ومحورها ، حيث يفتلح حب الطفل للوالد من جنس مغاير بمشاعر الغيرة من الوالد المماثل لجنسه (Freud, 1923b) .

وقد ارتبطت زملة «كابجرا» Capgras syndrome (انظر الفصل الرابع) بهذه المرحلة من النمو نظرا لأن الحالات الأولى التي وردت في تقارير خاصة بذلك كانت من الفتيات الصغيرات اللاتي أنكرن هوية أمهاتهن . فالنساء اللاتي ووجهن بمشاعر العداوة تجاه أى شخص ينبغي لهن حبه — أى أمهاتهن — يقمن بتبديد هذا الصراع والتخمين منه بانكار حقيقة مشاعرهن ، وهي أن من يكرهن انما هن أمهاتهن ، كما يؤكدون بأن من يكرهن انما هو شخص بديل قام فرد ما بوضعه في مكان أمهاتهن (Capgras & Carrette; 1924, Coleman; 1933) .

#### ( د ) فترة الكمون The latency period

ابتداء من العام السادس تقريبا وحتى العام الثامن من عمر الفرد قد يتوقف نمو الشخصية بل قد ينتكس . وينسى الفرد خلال هذه الفترة ما كان لديه من دوافع وما مر به من خبرات مبكرة ، وقد افترض «فرويد» (Freud, 1917a) أن عملية النسيان هنا نتجت عن دافع ، فهي تعد بالتالى مثالا للمكبوت (Bornstein, 1951) .

#### ( هـ ) المراهقة Adolescence

تعد المراهقة بوجه عام مرحلة مهمة في نمو الشخصية . فهي فترة الجيوشان والفوران المزاجي والانفعالي ، وهي كذلك فترة اختبار عام للوضع الاجتماعي عندما ينتقل الفرد من مرحلة الطفولة الى مرحلة الرشد . وبمعنى آخر الإشارة الى هذه الفترة بوصفها فترة تعود فيها الدفقات السابقة لرحلة الكمون الى النشاط من جديد ، ومع التأكيد بأن الفرد سوف يمضى الى المرحلة النهائية وهي المرحلة التناسلية عندما يتمكن فقط من اراحة تلك الدفقات أو التسامى بها على نحو ناجح فإن «فرويد» قد مال — على كل حال — الى إعطاء قدر ضئيل من اهتمامه لفترة المراهقة .

## (و) المرحلة التناسلية.. The Genital Stage

بإنتهاء مرحلة المراهقة ينبغي للصراعات التي عايشها الفرد في المراحل المبكرة أن تكون قد وجدت طريقها إلى الحل والتبديد ، كما ينبغي لأنماط السلوك الناتجة من تلك المراحل أن تكون قد رسخت واستقرت بوصفها سمات شخصية . ومن الناحية المثالية فإن الفرد يكون قد تحول من كونه طفلاً نرجسياً ( مصباً لذاته ) ، بلحاً عن اللذة والسرور إلى شخص راشد مؤهل للمجتمع متكيف معه ومتوجه نحو الواقع . ومن الناحية البيولوجية (العضوية) فإن الوظيفة الأساسية للمرحلة التناسلية هي الانجاب والتناسل والتي تقوم الخصائص النفسية لهذه المرحلة بتيسيرها بتزويد الفرد بالأمن والاستقرار الشخصي (Hall & Lindzey, 1978).

وطبقاً لـ «رايخ» (Reich, 1949) فإن جذور الألزوكية ( الخضوع والتلذذ بالآلام من الغير ) تنبت في هذه المرحلة ، نتيجة لكبت الميل إلى الظهور والاستعراض .

## كارلين هورنى (١٨٨٥ - ١٩٥٢)

على الرغم من أن «هورنى» قد تلقت تدريبها في إطار من نظرية التحليل النفسي «لفرويد» فإنها اتخذت موقفاً متعارضاً من عدد من المفاهيم الفرويدية ، وبخاصة تلك التي بنيت على أساس من النموذج الآلى (الميكانيكى) العضوى (البيولوجى) . ووفقاً لذلك الموقف فقد قامت بإعادة تفسير كثير من الظواهر التي كتب عنها «فرويد» (Horney, 1937, 1942, 1945, 1950, 1967) مؤكدة على النموذج الاجتماعى، ورافضة لنموذج الصراع لدى «فرويد» بحيث فصلت عليه ذلك النموذج الذى أشار إليه «مادى» (Maddi, 1968) بوصفه نموذجاً للوفاء بمتطلبات معينة أو تحقيقها fulfillment model . وقد اعتكفت

«هورنى» بأنه اذا توافرت للطفل ظروف بيئية سليمة فإنه يمكن لكل طفل أن ينمو ويتطور بحيث يغدو فردا صحيح البنية والشخصية جيد التوافق مع بيئته ، وبشكل حتمى وطبيعى كما تنمو جوزة البلوط فوق شجرتها (Schultz, 1976, P. 81) .

ويمد تفسير القلق احدى القضايا التى نشب الخلاف حولها بنوع خاص بين «فرويد» و «هورنى» فقد رأى «فرويد» أن القلق ينمو من الاستجابة لتهديد تفرضه دفعات «الهو Id» المبنية على أساس عضوى ، بينما ترى «هورنى» أنه ينمو نتيجة لمشاعر عدم الأمن والاطمئنان لدى الطفل .

ويصدد تطويرها لنظريتها فى القلق فقد قامت «هورنى» بوضع طائفة واسعة من العوامل البيئية المعاكسة أو غير المؤاتية ، والتى يمكن أن تقضى الى مشاعر عدم الأمن والاطمئنان لدى الطفل ، كما ترتبط كلها بالعلاقات المضطربة القائمة بين الطفل والديه . كذلك فقد قامت بوصف مجموعة من الطرق والوسائل المختلفة التى يحاول الطفل من خلالها التعامل مع هذه المشاعر : فقد يصبح الطفل مفعما بمشاعر العداوة كما قد يغدو خاضعا مستسلما على نحو مفرط متزايد . وقد يحاول الطفل أن يرشو غيره أو يستخدم أشكالاً من التهديد لأكراه الناس على حبه . وقد ينمى صورة مثالية غير واقعية عن ذاته أو ينغمس فى رثاء ذاته والاشفاق عليها لئلى يكتسب تعاطف الناس معه . ويمكن لكل هذه الأساليب أن تغدو سمات لشخصيته مع الخصائص الدافعية للماز أو الحاجة .

### أريك اريكسون

قام «أريك اريكسون» (Erik Erikson, 1950, 1964; 1968, 1974) بتقديم وصف للدور الذى تقوم به العوامل الثقافية فى نمو الشخصية ، والذى يمد على الأرجح أكثر التقارير تفصيلا فى هذا

الصدد • وقد أكد أن الاحتياجات البيولوجية (العضوية) لا تعد بالكامل عاملا محددًا للشخصية أثناء فترة الطفولة • فعلى الرغم من أهمية تلك القوى فإنها لا تمدنا بتفسير كامل لنمو الشخصية • ووفقا لذلك فقد قام «أريكسون» ببسط مراحل النمو لدى «فرويد» ومدها لتصبح ثمان بدلا من ست ، ولتمتد لتشمل دورة الحياة بأكملها ، كما قام بالتوسع في نظرية النمو لتشمل كلا من التكيف للبيئة والدور الذى تقوم به المؤسسات الاجتماعية •

وتمثل كل مرحلة من مراحل النمو في نظرية «أريكسون» مشكلة اجتماعية فريدة من نوعها بالنسبة للطفل التامى ، ألا وهي تركز الصراع حول أساليب التكيف السوية منها واللاسوية ، والتي يلجأ إليها في تعامله مع المشكلات النفسية لتلك الفترة ، كما تشمل الآخرين ممن لهم أهمية خاصة في البيئة ، وفى حين قد يغضى الاخفاق في حل هذا الصراع الى الانعصاب والقلق والتأخر في النمو فان نخله والتخلص منه على نحو ناجح يعد الطفل للمرحلة التالية من نموه • كما أن الكيفية التى يكافح بها الطفل تلك المشكلات المتتابعة تحدد نموه الشخصية الذى يأتى لاحقا •

ولم يقصد «أريكسون» من وراء نظريته أن تكون بديلا لنظرية «فرويد» ، فقد أعترف بأن كلتا النظريتين تشيران الى جوانب مختلفة من النمو ، وبالتالي فان كلا منهما تنمى الأخرى وتكملها • وقد تصور «أريكسون» الشخصية — وبخاصة الأنا the ego — وكأنها بناء نشط يخضع لعملية من النمو المستمر وفقا لقوانينه الخاصة • وبينما يبدو هذا النمو متأثرا بالمؤسسات الثقافية وبخاصة بما يستخدم من ممارسات لتنشئة الطفل فان «أريكسون» يؤمن بحرية الانسان في تغيير تلك المؤسسات والممارسات بما يجعلها أكثر انسجاما مع شخصيته •

## التكوينات والعمليات المتطقة بالأسرة

بالإضافة الى الأوصاف التي حددها أصحاب نظريات الشخصية فان هناك أوضاعاً أخرى عديدة تم التعرف إليها في حد ذاتها ، وفيما يلي تفصيل لتلك الأوضاع :

### ( ١ ) الأم المسببة للفصام The Schizophrenogenic Mother

ثمة افتراض يقضى بأن الأسلوب الذى تمارسه الأم في اتصالها بطفلها يمكن أن يفضى الى الفصام . وقد وصفت الأم المسببة للفصام بأنها أكثر نزوعاً الى التملك والافتقار أو الى الاستئثار بحب طفلها واهتمامه ، أو بأنها نزاعة الى التحكم والسيطرة بشكل مفرط ، أو تنقسم بالاغواء أو الاغراء أو التطفل والافتحام . وفى الوقت نفسه فانها تنصف بالبرود والرفض (Fromm-Reichmann, 1948; Marks, 1963) . ومع ذلك فان البحوث والدراسات اللاحقة قد أخفقت في البرهنة على صحة هذا الافتراض (Hellbrun, 1960; Ross, 1974; Arieti, 1977; Klebanoff, 1969)

### انماط التواصل الأسرى : الارتباط المزدوج

يمكن لمحنة من الصراع ( انظر الفصل الثامن ) أن تنشأ من جراء الارشادات والتعبيرات اللفظية بالإضافة الى تقديم الاختيارات الموضوعية . ويحصل الطفل من والده - فى حالة الارتباط المزدوج - على رسائل أو أفكار متناقضة بصفة متبادلية ، بينما يمنع الطفل من الإشارة الى ما فى تلك الأفكار من تناقضات . فقد يقول أحد الوالدين شيئاً ما بطريقة تتضمن عكس ما يصرح به ، فى موقف لا يسمح للطفل بطرح تساؤلات حول مضمون ما قيل . ويصرف النظر عن الفكرة التى يستجيب لها الطفل - هل يستجيب للفكرة التى يتضمنها كلام الوالد؟



أو يستجيب للفكرة التي يتضمنها شكل الكلام وصيغته؟ — فانه سيواجه  
بالصد والرفض أو بالمقاب .

ولقد وصفت تلك الحالة بأنها غير موفقة ، كما ذكر أنها تنفض  
الى الفصام وتعد سببا له (Bateson, Jackson, Haley & Weakland,  
1956, Vetter, 1969) .

### الأسرة المتفككة *Fragmented Families*

قام « ليدز » وآخرون (Lidz et al. 1957, 1958; Lidz, 1973)  
باجراء دراسة على عدد من أسر المرضى الفصامين . وقد وجدوا أن  
آباءهم وأمهاتهم يكتشفون اما عن « تفكك زواجي » أو عن « انحراف  
زواجي » .

فالأسرة المتفككة هي تلك التي لا يحصل فيها أى من الزوجين على  
مساعدة عاطفية من الآخر ، بحيث يفضى الخلاف الناجم عن ذلك الى  
حزبين متعارضين حيث يحاول كل واحد من الوالدين تكوين تحالفات  
مع أطفالهما ضد الآخر . أما الأسرة المنحرفة فهي تلك التي يتقبل  
فيها أحد الوالدين — بشكل سلبي — شخوذا خطيرا في الطرف (الوالد)  
الآخر . وعلى الرغم من أن الوالد المضطرب يسيطر فان قرينه الآخر  
يضطر الى تقبل شذوذه بحيث يتم أحدهما الآخر على نحو يكفى  
لتحقيق قدر من الانسجام .

وفي كلا النمطين من الأسرة ( المتفككة والمنحرفة ) فان الطفل يبدو  
غير قادر على الحصول على دعم عاطفي منهما أو على تنمية احتساس  
بالأمن والجدارة الذاتية . أنه يكبر في بيئة تشوه الواقع وتترك تفسيره  
على نحو سليم محولة الواقع بذلك الى اطار اللامنطقية أو اللامعقول .  
ومن هنا يتكشف الطفل عن أنماط من السلوك الاذعانى والانسحاب

بعيدا عن الصلات الاجتماعية ، مكونا تصوره الخاص للواقع في عالم خيالي (Lidz et al, 1958) .

## الأحداث الشاذة أثناء النمو

### أحداث ما قبل الولادة

أوضحت الدراسات وجود ارتباط بين الفصل الذي تمت فيه الولادة والاضطراب العقلي اللاحق (Knobloch & Pasemanick, 1958; Hare; Price & Slater; 1974) وقد اتضح أن معدل ولادة المرضى الفصامين أعلى من المعدل القاعدى فى الفصل الأول من السنة (يناير - أبريل) وأقل منه فى الفصل الثانى منها (مايو - أغسطس) (Barry & Barry, 1961) كما أظهرت ولادة المرضى المصابين بذهان الهوس الاكتئابى نمطا مشابها لذلك (Orme; 1963) .

ومن الصعب التأكد من الأساس الذى تقوم عليه هذه الارتباطات، إذ يمكن للاضطراب أن يرتبط بأحداث سابقة للولادة . وهذا قد يعنى أن عملية الأيض والنظام الغذائى لدى الأم تتغيران مع فصل من فصول السنة ، بحيث يفضى هذا التغير الى بيئات داخل الرحم تختلف باختلاف أوقات السنة . ويشكل تبادلى ، فإنه يمكن أرجاع الاضطراب الى خبرات الحياة اللاحقة التى يقررها تاريخ الميلاد . فالطفل المولود فى ديسمبر فى أمريكا الشمالية مثلا قد يجد نفسه أصغر عمرا وربما أصغر جسما وأضعف بنية بالنسبة لأقرانه حين يتم بشكل عادى وضع الأطفال فى مجموعات طبقا لسنة ميلادهم لتلقى التعليم فى المدرسة أو لممارسة الأنشطة الاجتماعية والترفيهية .

### صدمة الميلاد Birth Trauma

يعد الميلاد حدثا غير اعتيادى بالنسبة الى كل انسان ، ولكن الصدمة الواضحة لهذا الحدث بالاضافة الى حقيقة أنه يحدث مرة واحدة فى حياة المرء تقودان الى اعطائه دلالة خاصة .

وقد اعترف «فرويد» نفسه بالأهمية النفسية لعملية الميلاد • ولكن «أوتو رانك» (Otto Rank, 1929) و «جرينانكر» (Greensacre, 1941; 1945) هما اللذان أسندا دورا رئيسيا • فقد ذكر «رانك» ما يوحى بأنه — بسبب هذا الحدث — فإن الانفصال هو الخبرة الأكثر إثارة للخوف والقلق ، وأنه يمكن النظر الى نمو الشخصية بل الحياة بصفة عامة بوصفهما محاولات متكررة للحصول على الأمن الذي كان الفرد يستشعره وهو جنين في رحم أمه •

وقد كتب «بورجاتا» (Borgatta, 1954) مقالة اتسمت بوقاحة اللغة ، حيث كشف فيها عن بعض نواحي القصور التي تعاني منها النظريات النفسية التحليلية ، فذكر في مقالته إمكانية التعلم في الرحم ، ثم اقترح بعد ذلك ألا تكون صدمة الميلاد في حد ذاتها هي السبب الأساسي في معاناة المرء من مشاعر عدم الأمن أو الطمأنينة ، ولكن عملية نزع الجبل السري *deumbilication* وإزالته ، والذي كان الوليد على اتصال حميم به خلال فترة بقائه بأكملها في رحم أمه •

### الولادة غير المكتملة (المتسرة)

يكشف الأطفال المولودون قبل اكتمال نضجهم كأجنة ، والمتمتعون بقدر متوسط من الذكاء عن ضعف في التأزر الحركي ، والتأزر البصري الحركي في سن الروضة أو الحضانة • وهذا الضعف يتناقص الى حد ما خلال السنتين التاليتين من عمرهم ، ولكن نواحي الخلل أو القصور ذات الدلالة تظل موجودة (DeFriesch, Janaky & Langford, 1966) •

ومهما يكن من أمر فإن الأطفال الرضع المولودين قبل اكتمال نضجهم يبدون كذلك أقل وزنا ، كما أن مدى حدوث نواحي الشذوذ المتصلة بالأعصاب بينهم يرتفع ويتزايد بمقدار انخفاض وزنهم عند الولادة (Knobloch et al, 1956) •

## إصابة المخ Brain Damage

تعد الصدمة البدنية المفضية الى اصابة المخ وتلفه أكثر العوامل المؤثرة وضوحا في عملية نمو الطفل . ولكن المعلومات المتعلقة بالآثار البعيدة المدى لمثل هذه الاصابة تتسم بالضآلة والتناثر . وتختلف تأثيرات الاصابة المخية في الأطفال عن تأثيراتها في الراشدين (Bolton, 1914, Hebb; 1942) ، وتقوم الفصوص الأمامية من المخ بوجه خاص بدور مهم في نمو الذكاء (Russell, 1948) ، كما يبدو أن أنماط البصير العقلي أكثر ظهورا واستقرارا من الاضطرابات السلوكية في هذا الصدد .

وقد أورد « مينكيس ، روو ، مينكيس » (Menkes, Rowe & Menkes, 1967) تقريرا عن دراسة أجريت على أربعة عشر طفلا ممن تم تشخيصهم — بطريقة استرجاعية — على أنهم يعانون من فرط الحركة hyperkinetic مع خلل وظيفي طفيف في المخ . ولقد كان تاريخهم حافلا بأعراض النشاط الزائد وصعوبات التعلم مع قصر في مدى انتباههم ، ونسبة ذكاء أعلى من ٧٠ بالإضافة الى وجود مؤشرات دالة على معاناتهم من شذوذ متصل بالأعصاب كضعف التأزر ، أو خلل وظيفي في القدرات الحركية البصرية ، أو قصور كلامهم وضعفه ، مع انعدام النوبات المرضية أو الصرعية . وقد تراوحت أعمارهم عندما شوهدوا لأول مرة بين ٢ الى ١٥ عاما ، وبعد بلوغهم عمرا متوسطه ٢٤ عاما تبين من تفحص حالتهم أن حالة النشاط الزائد كانت ماثلة موجودة لدى ثلاثة فقط منهم تراوحت أعمارهم بين ٢٢ — ٢٣ سنة ، ولكنها كانت قد اختفت لدى أحد عشر — وهم بقية تلك المجموعة — بين عمري ٨ — ٢١ سنة .

أما « أولدفيلد ، ويليامز » (Oldfield & Williams, 1961) فقد أورد تقريرا عن حالة لولد كان عمره خمسة أشهر ونصف ، وقد تكبد جرحا

نافذا في رأسه أفضى إلى تلف حاد وشديد في القصر الأيمن الأمامي من المخ. ولم يستطع الأطباء المتعصبون اكتشاف أي قصور لدى هذا الطفل سواء في النمو العقلي أم السلوكي حتى بلوغه ثلاث سنوات من عمره ، حيث أصبح أمره مشكلة حادة يصعب سيطرتها أو تدبيرها: فقد أصبح يؤذي البنات الصغار بالارتطام بهن ، كما حاول خنق قطعة بالمدرسة ، وكان غير متعاون ، كما كان من السهل تشتيت انتباهه والهائه ، كذلك كان يستخدم لغة غريبة مؤذية وبذيئة . الخ . وعلى كل حال فعندما بلغ الثامنة عشرة من عمره أصبح اضطرابه السلوكي معتدلا ، ولكن مشكلته الرئيسية كانت في معاناته من تخلف عقلي تراوح بين بسيط mild إلى هامشي borderline ، وقد بلغت نسبة ذكائه في القسم اللفظي من اختبار «وكسلر» لذكاء الراشدين ٧٩ ، وفي القسم

الادائي منه ٥٩ .

### ترتيب الولد Birth-Order

يزعم أن الأبناء في الأسرة الواحدة لهم الوالدان نفساهما فانهم لا يتمتعون بالبيئة الأسرية ذاتها . فالولدون منهم أولا سيكون لهم أخ أو أخت أصغر ، في حين سيتوافر أخ أو أخت أكبر للأطفال الذين يولدون في وقت لاحق . فضلا عن ذلك فإن الوالدين سيكونان أكبر سنا بالنسبة لكل طفل يولد لهم في وقت لاحق ، كما أن وضعهما المالي والاقتصادي ربما يكون قد تغير ، وسيكونان أكثر خبرة في تربية الأطفال وتنشئتهم ، بل ربما أصبحا أكثر تحملا وتسامحا . فإذا كان للبيئة تأثير قوى فانه من المعقول أن نتوقع ازدياد الترشيح الميلادي بسمات معينة في شخصيات الأبناء ( Jones, 1931 ; Adler, 1931 ; 1949 ; Schacter, 1969 ; Altus, 1966 ; Vockell et al, 1973 ; Bakan, 1977a ; 1977b ) Forer على الرغم من عدم البرهنة على صحة ذلك بشكل دائم ( Greene & Clark, 1970 ; Farley, 1975 ; Hicks ; Evans

وقد وجد «أدلر» في دراسة له (Adler, 1931) ما يدل على اتصاف الأطفال المولودين أولا بسمات معينة ، اذ يتسمون بالنظام والترتيب الجيد ، وبيقظة الضمير ، كما أنهم أشخص محافظون في عاداتهم ومسالكهم ، متسلطون ، ولكنهم يميلون الى الشعور بمشاعر عدم الأمن والاستقرار ومعاداة الآخرين . ومع أنهم أكثر اعتمادا وانتماء من الأطفال المولودين مؤخرا (Adams, 1972) فانهم يميلون الى تحقيق مستوى عال من الانجاز والإداء (Falbo; 1977) . وقد ورد من التقارير ما يفيد بأن كلا من المستوى العقلي والكفاءة الأكاديمية يرتبطان على نحو عكسي بالترتيب الميلادى للأطفال (Schacter; 1968; Belmont; 1977) Stein & Wittes; 1976; Belmont; 1977)

وقد وجد الباحثون عديدا من اضطرابات الشخصية الخلقية وأشكال من العصاب منتشرة بين أولئك الذين كان ترتيبهم الأول من حيث المولد (Taintor; 1970) . كما وردت تقارير تقييد بأن المبيان النفسى profile الموضع لدرجاتهم على «قائمة مينيسوتا المتعددة الأوجه للشخصية» MMPI كان أكثر انحرافا (Croake & Olson, 1977) كما حصلوا على درجات عالية على مقياس العصابية من « قائمة مودزلى للشخصية» Maudsley personality inventory . كما أنهم أكثر تصلبا اذا ما قورنوا بالأطفال الوحيدين ( لا اخوة لهم ) أو بمتأخرى الترتيب من حيث المولد (Mac Donald, 1971) وأقل توكيدا واستقلالا من الأطفال الوحيدين (Feldman; 1978) كذلك فانهم يمكثون فترة أطول في تلقى العلاج (Forer, 1977a) مع اظهار تحسن أقل (Clum & Clum; 1970) . ومع ذلك فان الذكور من الإبناء الوحيدين ومن يأتى ترتيبهم مؤخرا في الميلاد قد ورد ما يفيد بأنهم أكثر عرضة لخطر الإصابة بالمرض العقلى من الأبناء المولودين أولا (Belmont; 1977) .

أما الأطفال ذوو الترتيب الثانى من حيث المولد فهم ميلون الى القنابس والطموح ، ولكنهم عرضة لأن يصبحوا عصاة متمردين وبخاصة عندما يواجهم باخ أو أخت أكبر منهم وأكثر نجاحا ( انظر كذلك (LeMay, 1968) .

واعتمادا على اتجاهات أعضاء الأسرة الأكبر عمرا ، وعلى المعاملة التى يتلقونها منهم فإن الأطفال الأصغر عمرا — أى من يأتون فى آخر الترتيب من حيث المولد أو الأخيرون — قد يحققون مستوى عاليا من الانجاز أو الأداء أو يظلون عاجزين معتمدين على غيرهم ، فى حين يميل الأطفال الوحيدون الى النضج مبكرا ، ولكن نظرا لما يتلقونه من آبائهم من اهتمام خالص ، ونظرا كذلك لافتقارهم الى خبرة الأخذ والعطاء فى الحياة الأسرية فانهم قد يكونون عرضة للشعور بخيبة الأمل حين لا تسير الأمور وفقا لما يريدون خارج نطاق أسرهم الصغيرة .

ولقد افترض بعض الباحثين أن الأطفال الأوائل فى الترتيب الميلادى قد يخبرون بيئة ضمن أرحام أمهاتهم أغنى من تلك التى يخبورها الأطفال الأخيرون فى هذا الترتيب ، وأن ذلك قد يفسر ما نجده من فروق لاحقة بينهما فى الشخصية والسلوك . وعلى أية حال فإن أمد المخاض ومدته تكون أطول بالنسبة للأطفال الأوائل فى الترتيب الميلادى، كما يعانون من انضغاط دماغي cerebral compression أعظم ، كذلك يكثر استخدام أدوات الجراحة « كاللقط أو الشفاط » فى عمليات ولادتهم مع خطر تعرضهم لصدمة أو أذى بدنى (Forer, 1969, Bee, 1978) .

وهناك قدر ما من الملاحظات أو التعليقات المعقدة المتعلقة بالارتباط بين الترتيب الميلادى والفصام . فقد استنتج «جرانفيل — جروسمان»

(Granville — Grossman, 1966) أن الذكور الأخيرين في الترتيب  
الميلادى من أعضاء الأسر الكبيرة كان لهم تمثيل أكبر في حالات الفصام  
بين المرضى الذين تم تشخيصهم كفصامين ، في حين وجد « فارينا ،  
بارى ، جارمزي » (Farina, Barry & Garmezy, 1963) و «بارى وبارى»  
(Barry & Barry, 1967) أن كلا من أعضاء الأسر الكبيرة الأخيرين  
في الترتيب الميلادى وأعضاء الأسر الصغيرة المتقدمين في هذا الترتيب  
كانوا أكثر تمثيلا لحالات الفصام .

ومن خلال إعادة تحليل البيانات التى سبق نشرها في هذا المصدد  
قام «هينشيلوود» بحل هذا التعارض الواضح (Hinshelwood, 1968)  
(1970) مفترضاً أن المكانة الأساسية إنما هى المكانة النسبية — فقد  
تكون الأخيرة ولكنها كالأولى ، وبأن الترتيب الميلادى ليس على الأرجح  
الاعمال واحداً بين مجموعة من أسباب المرض المتعددة العوامل والتي  
تمثل فيها الاتجاهات الوالدية عاملاً حاسماً . وقد تنضم الأسر بميلاد  
طفل مصاب ، ولكن النسبة العالية الدالة على معاودة انجابها لطفل  
واحد لاحق قد يعد محاولة منها للاستعاضة عن الطفل الأول المصاب  
(Granville — Grossman, 1966) .

ومهما يكن من أمر فإن «بيرتشنيل» (Birchneil, 1971) قد وجه  
انتقاداً الى «هينشيلوود» لجمعه بين بيانات تتعلق بكل من تشخيصات  
الفصام الأمريكية والبريطانية . وأنه إن المفترض أن عمر الوالدين  
— لا الترتيب الميلادى — هو المتغير الحاسم بالنسبة للفصام ، مع  
الأخذ في الاعتبار أن الاضطراب يتجدد من خلال الشذوذ الجينى أو  
التكويني للوالدين (Hare & Moran; 1979) .

كذلك تتعمد البحوث التى تعرضت لنظريات «أدلر» هى الأخرى  
بسبب ما قدمه من تقرييق بين المكانة المطلقة بالترتيب الميلادى والمكانة  
المتعلقة بالرتبة ordinal position . فقد أكد «أدلر» على الدور



الاجتماعي الذي يطلب من الطفل القيام به أكثر من تأكيده على الترتيب  
الميلادي في حد ذاته ، فإذا كانت هناك فترة زمنية تفضل بين المواليد  
المتعاقبة بعيد من السنوات فإنه يمكن أن تكون لكل طفل مكانة الترتيب  
المتوافرة للطفل الوحيد (Adler, 1931; Manaster, 1977) .

### الصدمة الانفعالية أثناء الطفولة

سبق وأن ذكر «فرويد» (Freud, 1896a, 1896b) ما يشير إلى أن  
السبب النوعي المحدد لكل الاضطرابات العصابية يرجع الى اضطراب  
ما في الحياة الجنسية للمريض . فالسبب في الهستيريا مثلا هو صدمة  
اغوائية تعرض لها المريض في الغالب الأرجح في السنة الثالثة أو الرابعة  
من عمره — لكن بالتأكيد قبل بلوغه سن الثامنة — حيث استجاب لها  
بنوع من اللامبالاة أو الاشمئزاز أو الذعر . وكذلك الحال بالنسبة  
للمصاب القهري ، بل ربما يرجع الى صدمة اغوائية في سن أبكر من  
ذلك ، بحيث أعقبها صدمة اغوائية أخرى استمد منها المريض بعض  
مشاعر اللذة والسرور بحيث غدا مشاركا فعلا فيها . ومهما كان الأمر  
فإن «فرويد» سرعان ما عدل من موقفه (Freud, 1898) حيث استبدل  
تخييل الاغراء أو الاغواء بالاغراء الحقيقي . وقد أفشى به هذا  
الاستبدال الى تقديم نظريته العامة ، واستكشاف مفهوم الجنسية  
الطفلية (Freud, 1905) .

### الاثارة الأدنى أثناء الطفولة

يمكن لنمو الطفل أن يتأثر باخفاقه في تلقى تعرض كاف لأحداث  
بيئية ضرورية ، بالإضافة الى تأثره بما سبق عرضه من الأحداث غير  
المألوفة والشاذة التي تقع له أثناء الفترة النمائية .

### الانعصاب أثناء الطفولة المبكرة Infancy

تستلزم كل الخبرات التي يمر بها المرء في طفولته المبكرة قيام

شخص أكبر ذى نفوذ أقوى بتوجيهها أو سياستها ، بل ان التوجيه أو السياسة حتى فى أضعف أساليبها وأوهنها قد تكون مليئة - فى بعض الأحيان - بالانعصاب . وقد قام « ليفين » وآخرون (Levine & Lewis; 1958; Levine; 1959; Levine, & Mullins, 1966) بإجراء سلسلة من التجارب على مجموعة من الفئران المولودة حديثا والفئران الكبيرة لتحديد ما لمثل هذا الانعصاب من تأثيرات طويلة المدى أثناء الطفولة المبكرة .

وقد قام « ليفين » بتعريض الفئران الكبيرة لصدمات كهربائية خفيفة فى أوقات معينة كل يوم ، وكان قد تنبأ بأن تلك الصدمة قد تؤدى بالفئران التى تلقتها إلى التأثير بتلك الخبرة على نحو عكسى ، بحيث تكشف عن أغراض اضطراب انفعالى حين تبلغ سن النضوج . وفى الحقيقة فإن المجموعة الضابطة - التى عانت قدرا ضئيلا من الانعصاب أو لم تمان منه مطلقا أثناء طفولتها - قد أظهرت جنبها البالغ فى احدى المواقف الغريبة ، كما كشفت عن معدل بطيء فى نموها وتطورها البدني .

ومن هنا فقد استنتج « ليفين » أن التعرضي لقدر معين من الخبرات الانعصابية أثناء الطفولة المبكرة يبدو أمرا ضروريا لتنمية استجابة عادية للانعصاب خلال النضج .

### الحرمان من الأمومة Maternal Deprivation

أجرى عدد من الدراسات التى هدفت إلى تحديد ما لغياب الوالدين من تأثير عكسى ممكن أثناء السنوات القليلة الأولى من حياة الفرد ، وبخاصة تلك التأثيرات الناجمة عن الحرمان من الرعاية الأموية .

وقد أورد « فرويد » ، بيرلنجهام (Freud & Burlingham, 1944) فى تقرير لهما تردى النمو اللفظى وتأخره فى أطفال دون عائلات ممن

بلغ عمرهم عاماً واحداً أو عامين ، كذلك فقد قام « سبيتز » Spitz; (1945, 1946; Spitz & Wolf; 1946) بمقارنة بين أطفال رضع ممن تربوا في ملجأ لليتامى ومجموعة أخرى من الأطفال الرضع الذين يتلقون رعايتهم في دار حضانة ملحقة بسجن للنساء ، وقد هدف من وراء مقارنته الى وصف نوعين من الاستجابات الطبية النفسية : أولهما الإقامة في المستشفى ، والتي تتضمن تخلفاً عقلياً وبنياً معماً وفقدان الاستجابة وثانيهما الاكتئاب الانكالي *anacletic depression* ، وهي استجابة اكتئابية . ربطها «سبيتز» بانقطاع العلاقة الطبية بين الأم ووليدها .

وقد قام «سبيتز» بملاحظة استجابة الاكتئاب الانكالي في ١٩ طفلاً رضيعاً من بين مجموعة منهم بلغت ١٢٣ ، وقد حدثت تلك الاستجابة على نحو نموذجي أثناء فترة من الانفصال عن أمهاتهم تراوحت بين ثلاثة أشهر الى أربعة ، حيث حدث الانفصال عقب الشهر السادس من حياتهم . وقد قدم فيما بعد اقتراح يقضى بأن الفترة الممتدة بين الشهر السادس الى الشهر الثامن عشر من العمر فترة حاسمة يكون الطفل أثناءها أكثر قابلية للتأذى بانفصاله عن والديه (Rheingold & Bayley 1959; Kessler, 1966) . وعلى كل حال فإن أعراض الاكتئاب الانكالي تختفى بمجرد رجوع الأم وعودتها الى طفلها (Spitz; 1946) .

أما « جولد فارب » (Goldfarb, 1955) فقد أجرى دراسة طولية على خمسة عشر طفلاً ممن وضعوا في مؤسسة ايوائية في عمر يقارب الخمسة أشهر ، ثم حولوا بعد ذلك للإقامة في بيوت لرعاية الأطفال وتنشئتهم في متوسط عمرى بلغ ثلاثة أعوام وأحد عشر شهراً ، كما شملت تلك الدراسة خمسة عشر طفلاً كانوا يقيمون في بيوت للرعاية مع أسر بحيلة منذ أن كانوا أطفالاً رضعاً وعندما تم فحصهم في فترة المراهقة المبكرة ( في عمر يتراوح بين ١٠ الى ١٤ عاماً ) أظهر أطفال المؤسسة الايوائية تأخراً في الذكاء وصل الى المستوى الحدى أو البنى

borderline ، واختياجاً شديداً الى الحب والحنان مع تعلقات وارتباطات زائفة أو غير حقيقية ، واضطرابات سلوكية ، فقد اتسموا بمعجم الكف أو الكبح ، وبالنشاط الزائد وعدم الاستقرار أو الضجر ، كما كانوا عاجزين عن تركيز انتباههم .

وعلى كل حال فقد كان « جون بولبي » المنظر الأكبر في هذا المجال (Bowley , 1944, 1951, 1953, 1967) اذ كتب في عام ١٩٥١ كتاباً لمنظمة الصحة العالمية تحت عنوان «رعاية الأم لطفلها والصحة العقلية» Maternal care and mental health . وقد ذكر فيه أن العلاقة المستمرة الدافئة الحميمة بين طفل صغير وأمه الحقيقية أو البديلة والتي يجد فيها كل منهما الاحساس بالاشباع والمتعة — هذه العلاقة — تعد أساساً ضرورياً للنمو الصحي السليم .

وقد نظر «بولبي» الى أى اضطراب في العلاقة بين الطفل والأم باعتباره محددًا ممكنًا للسلوك الشاذ ، لكنه أكد بنوع خاص على ثلاثة أحداث : الافتقار الى أية فرصة لتكوين ارتباط وتعلق برمز الأم وصورتها في الذهن أثناء السنوات الثلاثة الأولى من الحياة ، والحرمان من الأم لثلاثة أشهر على الأقل ، بل على الأرجح لأكثر من ستة أشهر أثناء السنوات الثلاث أو الأربع الأولى من حياة الطفل ، والتبدل أو الانتقال من رمز أموى (نسبة الى الأم) الى آخر أثناء السنوات الثلاث أو الأربع الأولى من حياته .

وتتفاوت الآثار السيئة الناجمة عن الحرمان من الأمومة طبقاً لدرجته ، إذ يرتبط الحرمان الجزئي بالمقلق وبالجلجة المباشرة الشديدة الى الحب ، كما يرتبط بمشاعر الانتقام والاثم والاكتئاب ، ويرى المختصون أن الأسلوب الذي يتبناه الطفل الصغير في التعامل مع تلك الانفصالات يعد عاملاً مسهماً في نمو عدم الاستقرار الانفعالي أو عدم ثبات الشخصية . أما الحرمان الكامل من الأم فإنه يسهم في اضعاف

القدرة على تأسيس علاقات مهمة مع الآخرين ، كما يفضى الى انماء شخصية سيكوباتية ( معتلة نفسيا ومضادة للمجتمع ) .

وفي عام ١٩٦٧ وبعد مرور سنة عشر عاما على كتيبه الذى حروبه لمنظمة الصحة العالمية ، قام «بولبى» بتحسين نظريته بربط اضطرابات مختلفة بأحداث معينة مفضية الى الحرمان ، وذلك على النحو التالى :

( أ ) يعد كل من الاعتلال النفسى psychopathy والاعتلال الاجتماعى sociopathy مترابطين مع الموت أو الطلاق أو انفصال الفرد عن والديه قبل بلوغه سن العاشرة .

( ب ) يرتبط الانتحار بفساد نسب الفرد أو لا مشروعيته ، كما يرتبط بموت الوالدين أو طلاقهما قبل بلوغه سن الخامسة .

( ج ) يعد الاكتئاب ناجما عن موت أحد الوالدين — وبخاصة اذا كان من جنس ماركس لجنس الطفل — عندما يتراوح عمر الطفل بين العاشرة والخامسة عشر .

ان تمزق العلاقات الطبيعية بين الطفل ووالديه بالإضافة الى اغتقاره الى الاندماج فى مجموعات منظمة وفى قليل من العلاقات الفعالة بالأقران قد ذكرنا بوصفهما عاملا مهيبا لاستخدام الفرد للعقاقير والأدوية على نحو غير طبي (Gersauch & Butler, 1976).

ولقد استمد افتراض الحرمان من الأمومة قدرا من الدعم والتأييد من خلال البحوث والحراسات التى أجريت على الحيوانات . وانطلاقا فى الأصل من الاهتمام بانتاجية مستعمرة للقرود والابقاء عليها خالية من الأمراض بهدف استخدامها فى عديد من البرامج البشوية المتنوعة فقد قام «هارلو» (Harlow & Harlow, 1962) بنزل الحيوانات المولودة حديثا عن أمهاتها لساعات قليلة بعد مولدها ، وذلك فى قصص

عار داخل حجرة كبيرة مع مجموعة أخرى من القردة الرضيعة وضعت في الحجرة بطريقة متشابهة . وبينما انخفض معدل الوفيات بين القردة الرضيعة فإن القردة التي ربيت بتلك الطريقة تكشفت عن نمط سلوكي شبيه بذلك الذي نشاهده في الأطفال المضطربين انفعاليا ، والذي تتدر مشاهدته في القردة العادية . فقد كانت تلك القردة تجلس محدقة ببصرها في الفضاء ، كما كانت تدور في أقفاصها على نحو متكرر ، تتيم رؤوسها بين أياديها وأذرعها ، كما كانت تتأرجح جيئة وذهابا ، وقد قامت بتكوين عادات قسرية مدمرة لذاتها تمثلت في استخدام أصابعها لقرص موضع معين من جسمها مئات المرات في اليوم ، وفوق ذلك فانها حين وضعت مع حيوانات أخرى لوحظ بوضوح ضعف سلوكها الاجتماعي . ولم يفض الفصل مبكرا بين الأم والطفل الى سلوك شاذ فحسب ، بل انه أفضى كذلك الى ضعف في القدرة على تكوين علاقات اجتماعية فعالة .

ولدراسة نمو تلك الأنماط السلوكية الشاذة فقد قام « هارلو » وآخرون ( Harlow, 1956, Harlow & Zimmermann, 1958, 1959 ; Harlow, & Harlow, 1961, 1969 ; Harlow & Suomi, 1970 ) بتربية بعض القردة مع أمهات بديلة - أسلاك ملحومة على هيئة شكل اسطوانى ، غطي بعضها بقمماش وبرى ، وقد نتأت (برزت) من صدورهما حلمات زجاجات الارضاع ، كما كانت ذات رؤوس خشبية . وقد طورت القردة الرضيعة ارتباطا قويا «بالأم» المغطاة بالملابس ، ولكنها لم تفعل ذلك بالنسبة للأسلاك العارية . وفي المواقف المفضية الى الخوف أظهرت تلك القردة بوضوح أنها قد استشعرت الاحساس بالأمن والطمأنينة من وجود الأمهات البديلة المغطاة بالملابس . بيد أنه في كل المظاهر الأخرى لم يكن هناك فارق جوهري بين تلك القردة ونظيراتها الأخرى التي ربيت دون أمهات بديلة الا أنها كانت شاذة اجتماعيا .

ويتوافر الآن قدر غزير من البحوث والدراسات التي أجريت على

الحرمان من الأمومة ، وعلى الرغم من ميل الأنماط المنحرفة للرعاية  
الأمومية في الحياة المبكرة الى الترابط مع ما يحدث لاحقا من اضطرابات  
في الناحية العقلية وفي السلوك الشخصى الاجتماعى ، فإنه لا يمكن  
الوصول الى استنتاجات أكثر تحديدا نظرا لما هنالك من تفسيرات  
واسعة للمفهوم « الحرمان من الأمومة maternal deprivation »  
(Yarrow, 1961) .

وفيما يتعلق بالتقرير الفصل الذى قدمه « بولبى » (Bowldy, 1967)  
فإنه تجدر الإشارة كذلك الى ما قام به من اثبات ارتباط من  
الممكن تفسيره بشكل يفضي الى تدعيم نظريات أخرى غير نظرية  
الحرمان من الأمومة . فإذا ما توفى أحد الوالدين وطفلهما مازال  
صغيرا فإن ذلك قد يعنى أن المتوفى منهما كان أكبر من مثيله الذى يبلغ  
عمرا عاديا أو متوسطا ، وبالتالي فقد كان له أسلوب مختلف في الارتباط  
بطفله أو الاتصال به ، اذ ربما كان هذا الطفل هو الأصغر في أسرة  
كبيرة ، أو ربما كان هو الأصغر نظرا لأن الوالدين الأكبر سنا أكثر  
عرضة لانجاب أطفال يعانون من شذوذ بمقتضى المسائل الوراثية  
( انظر الفصل السابع ) ، وبالتالي فإن السلوك الشاذ ربما كان نتيجة  
لحدوث بيولوجى (عضوى) .

أما البحوث والدراسات التى قام بها «بولبى» فيما بعد  
(1977, 1975, 1973, 1969, 1968) فإنها ترجع الى نظرية التعلق  
والروابط الوجدانية لا الى الحرمان من الأمومة .

### العزلة الاجتماعية

الحرمان من الأمومة شكل من أشكال التفاعل الاجتماعى المقيد ،  
ويؤدى التقييد المفرط للتفاعل الاجتماعى الى العزلة الاجتماعية  
Social isolation .

وقد أورد « ميلزك » (Melzack & Scott, 1957) تقريراً عن تجارب استخدمت فيها كلاب: قمص اسكتلندية قصيرة القوائم ، حيث انصب اهتمام الباحثين على ملاحظة ما اذا كان للتنشئة المبكرة في بيئة قاحلة عقيمة تأثيرات دائمة على ذكاء تلك الكلاب ، ونشاطها ، واستجاباتها الانفعالية وسلوكها الاجتماعي .

وحالاً تم فطام الجراء ( الكلاب الرضيعة ) التي ولدها كل واحد من هذه الكلاب — والذي تم بعد بلوغ عمرها أربع أسابيع تقريباً — قام الباحثان بتقسيمها الى مجموعتين : احدهما ربيت على نحو عادي واستخدمت بوصفها مجموعة ضابطة اما مع أناس يعيشون في بيئة المجتمع المحلية أو بوصفها جراء حرة في المختبر . أما المجموعة الثانية (التجريبية) فقد تم حبسها في أقفاص ، لكل كلب قفص ، مع فرض قيود صارمة على خبراتها الحسية واحتكاكاتها بالاشياء الحية الأخرى . وفيما بين عمرى السابعة والعاشرة من الشهور سمح لكلاب المجموعة التجريبية بالخروج من بيئاتها المقيدة ، كما اتبع معها الأسلوب ذاته المتبع مع كلاب المجموعة الضابطة من تعامل وتدريب يومي ، ثم وضعت كلتا المجموعتين تحت الملاحظة في عديد من المواقف التجريبية المتنوعة .

وقد برهنت أربع من تلك التجارب على نحو واضح أن الكلاب التي حرمت من الخبرات الحسية العادية أثناء النمو كانت استجاباتها للألم شاذة غير سوية عندما بلغت سن النضج ، اذ لم تمل الى الكشف عن استجابة شرطية للمنبهات المؤلمة ، والتي ذكرت على نحو شائع بوصفها خاصية مميزة للاعتلال النفسى psychopathy ، بل انها كانت مفتونة منجذبة الى بعض هذه المنبهات المؤلمة مما يعد خاصية مميزة للمازوكية ( التلذذ بالألم ) .

وفي تجربة خامسة أطلق سراح كل كلب في حجرة كبيرة اشتملت على حظائر في كل ركن من أركانها ، بحيث حبس في كل منها كلبان



آخران • وقد انصب اهتمام « ميلزك ، سكوت » على ملاحظة سلوك المخلطة الاجتماعية ، فكتشف سلوك الكلاب عن فروق واضحة محددة بين المجموعتين : فقد اقتربت كلاب المجموعة الضابطة من احدى الحظائر على نحو نمطى ، كما حدثت ببصرها فى الكلاب المحبوسة بداخلها ، هازة ذيولها ، محدثة نباحا عاليا • أما كلاب المجموعة التجريبية فقد مالَت الى تجاهل الكلاب التى شغلت الحظائر ، بل انها بالَت فى بعض الأحيان على الحظيرة كما لو كانت فارغة غير مشغولة • ويعد السلوك المعادى للمجتمع خصيصة أخرى مميزة للشخصية السيكوباتية ( المعتلة نفسيا ) •

### مفهوم الفترات الحرجة

الفترات الحرجة *critical periods* فى النمو هى تلك الفترات التى يكون الفرد خلالها بوجه خاص حساسا لأحداث وخبرات معينة أو فزاعا الى تقبلها • انه مفهوم يجمع بين وجهتى النظر البيولوجية والبيئية ، كما يمثل مفهوم الدمغ أو الوسم *imprinting* لدى الايثولوجيين ( المهتمين بالدراسة المقارنة للحيوانات فى ميئاتها الطبيعية ) •

وقد وجد «لورينز» (Lorenz, 1935, 1952) أن صغار طائري الأوز والجل التي فقست من بيضها حديثا قد تعلمت تتبعه والسير وراءه بدلا من تتبع أمها إذا رآوه أولا • وقد حدث هذا التعلم نتيجة لتعرض واحد — أى رؤيته مرة واحدة — ثم ظل مستمرا بشكل دائم حتى وصلت صغار الطيور الى مرحلة النضج • وقد برهنت التجارب التى أجراها «هاس» (Hess, 1950, 1962) بعد ذلك على أن هناك وقتا مثاليا لحدوث مثل هذا الدمغ أو الوسم ، وأنه قد لا يحدث مطلقا بعد بلوغ سن معين •

هذا ويختلف الدمغ أو الوسم عن التعلم الارتباطى *associative*

على أساس من أربع نقاط : اذ يحدث فقط أثناء فترات من النمو محددة جدا ، وغالبا ما تكون قصيرة جدا ، ولا يمكن عكسه أو إبطاله ، كما قد يكتسب الميل الى الاستجابة قبل حدوث الاستجابة نفسها بوقت طويل، وأخيرا فان الدمع أو الوسم يستلزم تعلم تفاصيل نوعية لا خصائص فردية (Lorenz 1935; Moltz;1960) .

ولقد كانت معظم الدراسات التى قام بها الايثولوجيون مع الطيور، على الرغم مما تمت البرهنة عليه بوضوح من أن ثمة فترات مثالية لتكوين الروابط العاطفية (الانفعالية) بين الحيوانات والطيور الصغيرة ومدرّبهم (Scott, 1958; Harlow, 1962)، كما فسرت نتائج الدراسات: « هارلو ، هارلو » في تجاربهم مع القرزة على أنها تظهر بوضوح وجود فترة حرجة تصلح لتعلم سلوك جنسى وأموى (Bemporad; 1974) ومع ذلك فان مفهوم الفترات الحرجة قد ينطبق على بنى البشر .

فمن المعروف جيدا أن ثمة فترات حرجة يمر بها الانسان في نموه البدنى . فاذا قدر لامرأة حامل أن تصاب بالحصبة الألمانية قرب نهاية الشهر الثالث بعد وقوع الحمل فان طفلها سيولد أصم على الأرجح . وقد عدت كذلك الأعوام الثلاثة الأولى من الحياة فترة حرجة للنمو البدنى عموما نظرا لما يحدث من نماء سريع أثناء هذا الوقت ، فهى فترة يكون فيها الطفل حساسا الى حد كبير لنوعية نظام تغذيته (Sarason, 1972) .

وان حدوث فترات حرجة في النمو النفسى والسلوكى من حياة الإنسان — وهى فترات التعلم الحرجة — أمر ممكن كذلك .

وقد ذكر «هاس» (Hess, 1962) ما يشير الى أن اليتامى الذين ينشأون منذ صغرهم على عدم الاجتماعية العضال ( غير القابلة للشفاء ) لم يتلقوا تفاعلا اجتماعيا ملائما خلال فترة من الفترات الحرجة ، كما

أن الحقيقة التي أشار إليها كل من « فرويد ، بيرلنجهام » (Freud & Burlingham; 1944) من أن الأطفال الرضع الأصغر من ٧ أو ٨ أشهر لم يعانون من قلق الانفصال عن والديهم ، وما ذكره «سبيتز» في دراسته (Spitz, 1946) من أن حدوث هذا الانفصال قبل الشهر السادس من العمر لم يبد مفضيا الى استجابة اكتئابية بالإضافة الى الأعمال التي قام بها « رينجولد ، بايلي » (Rheingold & Bayley, 1959) تلك الأعمال والدراسات — قد فسرت بوصفها مؤشرا دالا على أن الطفل أكثر عرضة للكشف عن استجابة عكسية للانفصال عن والديه في ما بين الشهرين السادس والثامن عشر من عمره ، والتي تعد بالتالي فترة حرجة بالنسبة لنمو القدرة على تكوين علاقات شخصية متبادلة (Kess'ner, 1966) .

ان طريقة «مونتيسوري» بالبدا بالتربية قبل سن المدرسة (Fisher; 1912; Walker 1913; Edmonson; 1963) بنيت على افتراض يقضى بأن ثمة فترات حرجة في نمو الطفل ، تختص كل منها باهتمامات مميزة ومصادر اشباع معينة . ولقد ورد ما يوحى بأن برامج التربية العلاجية remedial education لأبد من تنفيذها قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره (Bobath; 1967 ; Lichtenberg & Norton; 1971) حتى قبل بلوغه الشهر الرابع عشر من العمر .

والجدير بالذكر أن أيا من الدراسات لم تستوف كل المعايير التي ارتآها «لورينز» لعملية الدماغ أو الوسم . فانطلاقا من الطيور الى الانسان فان الفترات الحرجة تميل الى أن تغدو أقل خطورة وحرجا ، بمعنى أنها تغدو أقل تحديدا فيما يتعلق بكل من الأحداث والخبرات وفترة النمو . وتتسق هذه الفكرة مع النزاع القديم المتعلق بفرائز الحيوانات في مقابل ذكاء الانسان ; McDougal 1908 ; Thorndike, 1908; 1911; Tolman; 1920; 1923; 1932) فان ثمة دليلا

كافيا للإشارة ليس فقط الى وجود فترات عامة في نمو الانسان حين يمكن خلالها بسهولة اكتساب مهارات وأنماط سلوكية معينة ، بل بالاقتراح كذلك بأن اكتساب تلك المهارات خارج هذه الفترات ربما كان أمرا صعبا ان لم يكن مستحيلا . ان مفهوم الفترات الخرجة قد يبدو اذن ذا قيمة في فهم نمو السلوك الشاذ لدى بنى البشر .

### خلاصة واستنتاجات

قام أصحاب النظريات النفسية بالنص على المؤثرات البيئية التي تبشر دورها خلال المرحلة النمائية رغبة منهم في تفسير نشأة (وتطور) المتغيرات التي عدوها ذات أثر فعال في الافضاء الى أسباب السلوك المرضي الشاذ ( انظر الفصل العاشر ) ، كما قام بالنص عليها كذلك ذوو اللتوجه البيئي من المنظرين الذين يؤمنون بأن الاستجابات المتعلمة التي يديها الفرد الناضج تصمد وتثبت في مرحلة الرشد . وحيثما ذكرت أنماط شذوذية مرضية معينة فانها تنصب على التضلف العقلي والاجتماعي ، واضطرابات الشخصية ، والسلوك المعادي للمجتمع ، بالإضافة الى أشكال العصاب المختلفة . وبعبدا عن الاكتئاب والفصام الشامل ( الكلي الموجود في جميع الأماكن والأوقات ) *ubiquitous schizophrenia* فان الاشارات أو الالاعات الى الأنماط الذهانية تتم ملاحظتها من خلال غيابها .

## الفصل العاشر

### النظريات النفسية لمسببات المرض النفسي

يمكن للمتغير البيئي أن يشتمل على طائفة متنوعة من التأثيرات اعتمادا على كيفية إهراكه وتصوره (Mischel; Pastore, 1950, 1952; 1977). وقد عرف الانعصاب stress في الفصل الثامن بمصطلحات بيئية على أنه «المطالب التوافقية الملقاة على عاتق المرء للاضطلاع بها، أي مشكلات المعيشة التي يتحتم عليه الكفاح والتعامل معها بنجاح إذا كان له أن يواجه حاجاته» (Coleman; 1973; P. 160). ولكن في تأملنا ومناقشتنا لكل من العوامل التي تحدث شدة الانعصاب، والمتغيرات التي تحدث الموقف المصيب فقد تم التأكيد على أهمية الأسلوب الذي يذرك به الفرد بيئته وقيمها. وقد ظهر موقف مشابه لذلك عند مناقشتنا لمفهوم «الاحباط».

إن التأكيد على أسلوب ادراك الفرد لبيئته وتقييمها بدلا من التأكيد على البيئة ذاتها يعد سمة مميزة لوجهة النظر النفسية الذاتية. وإن التأمل لوجهة النظر تلك سيجد تماينات عدة في عرضها بل في المصطلحات المستخدمة للتعبير عنها ووصفها. فقد وضعت بانها : نفسية داخلية intrapsychic أو نفسية دينامية (متعلقة بالدوافع)، أو نفسية تحليلية، أو فينوميتولوجية (مهمته بوصف الظواهر) أو إنسانية، أو وجودية... الخ. وبعض المعتنقين لوجهة النظر النفسية الذاتية قد أجروا تحليلا مفصلا للمحتوى العقلي والعمليات العقلية مستعينين في الغالب بمفاهيم ونماذج مستعارة من علم الأحياء.

وعلم الاجتماع ، وبينما اهتم آخرون بالعمليات العقلية فى نطاق ضيق جدا كالتركيز على عمليتى الادراك والتفكير دون غيرها من العمليات ، فان كثيرا من مؤيدى وجهة النظر هذه قد سلموا بوجود عملية تنفيذية أساسية تدعى الأنا the ego أو الذات self ، وكلما قل تحليلهم وتحديدهم لجوانب أخرى من المحتوى العقلى زاد وعظم ميلهم الى الجمع — على نحو ضمنى أو صريح — بين تلك العملية الأساسية ومفهوم الارادة الحرة free will ، ولكنهم جميعا قد اشتهروا فى التأكيد على التركيبات العقلية بوصفها محدثات للسلوك .

### النظريات النفسية ذات التوجه البيولوجى

#### ١ — سيجموند فرويد

تأثر «فرويد» فى تصويره للعقل والظواهر العقلية بمعرفته وفهمه لعلم وظائف الأعضاء physiology وياحتكاكه كذلك بـ«ارنست بروكه» Ernst Brücke ( ١٨١٩ — ١٨٩٢ ) . وفى الحقيقة فان «فرويد» قد توقع من معرفة وظائف المخ أن تقوم يوما ما بامدادنا بأساس يعتمد عليه لنظريته النفسية التحليلية (Hartmann, 1959) . وعلى كل حال فقد طور نظريته الى درجة أضحت معها التفتيحات اللاحقة التى أدخلت عليها ذات ارتباط ضعيف بالحقائق العضوية أو الفيزيولوجية .

وكان «ارنست بروكه» واحدا من الأساتذة الذين تتلمذ «فرويد» على أيديهم فى المدرسة الطبية ، كما كان عالما من علماء الفيزيولوجيا ، وقد اعتقد بعدم وجود قوى أخرى نشطة فى الكائنات الحية غير تلك القوى الفيزيائية والكيميائية ، وبأنه يمكن اختزال جميع القوى واخضاعها لقوى الجذب attraction والطرْد repulsion وقد قام «فرويد» بترجمة أنموذج الاستثارة الحسية والتفريغ الحركى للوظيفة العصبية — the sensory - excitation - motor - discharge model of nervous function .

وكذلك فكرة «بروك» عن قوى الدفع والسحب push - pull البسيطة ، فقد ترجمهما «فرويد» بشكل مباشر تقريبا الى مصطلحات نفسية ، بحيث أصبحت الاستثارة طاقة عقلية ، وتحول تفرغ الاستثارة الى الشعور باللذة والسرور (Peters, 1960) .

وقد افترض «فرويد» وجود قوتين متعارضتين مع الحياة العقلية من حيث كونها صراعا مستمرا بين الاحتياجات البيولوجية أو الغرائز من جهة — والتي يفرض اشباع أى منهما الى السرور واللذة — والواقع الاجتماعي من جهة أخرى ، والذي يفرض قيودا على اشباع الغرائز . وقد عد الاحتياجات البيولوجية بمثابة قوة أولية أساسية ، كما افترض أن الهدف الأساسي من تنظيم الشخصية هو الوصول بالاشباع الى أقصى حد ممكن بينما يتم الإقلال من العقوبة والشعور بالاثم النابع عن القوى الاجتماعية الى أدنى حد ممكن . وبالتالي فقد افترض «فرويد» أنانية الإنسان وتمركزه حول ذاته بحكم طبيعته الأساسية .

ومن الممكن أن نصف نموذج الشخصية لدى «فرويد» باعتباره نموذجا للاتزان الحيوي أو خفض التوتر : اذ ينشأ سلوك الفرد ابتداء من شعوره بالضيق أو عدم الراحة ، ثم يخدم ذلك السلوك ويهدد حالما يخدم شعوره بالضيق أو عدم الراحة . وبوسعنا كذلك وصفه على أنه نموذج نكوص ارتدادى regressive مادام يهدف الى العودة بالفرد الى حالة سابقة — ونموذج احتفاظى conservative مادام أنه قد ينظر الى هدفه باعتباره الاحتفاظ بتوازن الفرد عن طريق ازالة المنبهات المضية لاضطرابه . انه كذلك نظرية تجنب وتحاش نظرا لأن الفرد يكون مدفوعا الى تجنب الضيق أو الإزعاج والهرب منهما . ولكن فوق ذلك كله فان «فرويد» قد تبني أنموذجا طبييا مرضيا . فالسلوك المرضي الشاذ بالنسبة الى «فرويد» هو مجرد عرض — مظهر سطحي — دال على صراع أساسي ، أو هو الأسلوب الذي يتخذه الفرد في محاولته التعامل مع هذا الصراع أو التعويض عنه .

وكان اللاشعور — في كتاباته المبكرة — هو المفهوم الذى تركزت عليه نظريته ، حيث تصوره وكأنه منطقة من مناطق العقل (Freud; 1815b) . ولكنه بعد عام ١٩٢٠ تقريباً نظر الى اللاشعور على أنه نوع من الظواهر العقلية ، وفى الوقت نفسه فقد صرف النظر عن الانقسام الثنائى البنائى الذى تفرع الى الشعور واللاشعور وأجل محله التنظيم الثلاثى المكون من الهو والأنا والإنا الأعلى (Freud, 1923a. 1928) .

وليست الهو والأنا والإنا الأعلى تركيبات يمكن تحديدها بالطريقة ذاتها التى يمكن بها التعرف الى المهاد *Thalamus* وقرن آمون *Hippocampus* بوصفهما تركيبين من تراكيب المخ . ولكنها مجموعات من العمليات المختلفة : اذ يعد الهو تمثيلاً عقلياً للعمليات البيولوجية الأساسية ، ويعد الأنا الأعلى تمثيلاً للعمليات أو التأثيرات الاجتماعية، أما الأنا فهو التمثيل العقلى للذات والعمليات النفسية المحضة (Hall 1978; 1987; Lindzey) .

### الـهـو *The id*

يتركب الهو من كل شيء موروث وموجود عند الميلاد ، ويتضمن تصور «فرويد» للعمليات الغريزية . انه تركيب الشخصية الأصلية الذى يتميز أو يتخالف كل من الأنا والإنا الأعلى عنه ، والذى يهدف الى تجنب الألم والضيق أو الازعاج واجتلاب اللذة والسرور . وعندما يتراد التوتر اما نتيجة لاستثارة خارجية أو نتيجة لاحتياجات داخلية فان وظيفة الهو تنشط فى الحال لتصريف ذلك التوتر والعودة بالفرد الى مستوى أكثر راحة واستقراراً (Schur, 1966) .

### الأنا *The ego*

عندما يتحدث المحللون النفسيون عن الأنا فانهم يشيرون بذلك



الى عدد من العمليات العقلية المعرفية الأساسية والتي تتضمن التذكر والادراك وصياغة المفاهيم (Holzman, 1970) وعلى الرغم من أن بعض المنظرين اللاحقين قد افترضوا أن بعض تلك العمليات لها استقلالها الأساسي ، وأنها تتعلق بمجال من الأنا خال من الصراع (Hartman, 1939; 1950) فإن «فرويد» نفسه قد نظر الى الأنا باعتباره انبثاقا ناجما عن صراع بين الهو والعلم الخارجى. انه ينشأ نظرا لأن اشباع حاجات الفرد يستلزم على نحو ثابت تفاعلا ملائما مع البيئة ، ومن هنا فإنه يهدف الى منع تصريف التوتر واعاقته حتى يتم اكتشاف موضوع أو شيء ملائم لاشباع تلك الحاجة . فالأنا يعد أذن بمثابة السلطة التنفيذية للشخصية .

### الأنا الأعلى The superego

الأنا الأعلى هو استدماج المرء لقيم المجتمع ومعاييره وتبنيه لها، فهو السلاح الخلقى للشخصية . ويتضمن جانبين أو وجهين : الأنا المثالى والضمير (Freud, 1914) . وقد نظر اليه «فرويد» على أنه ينمو استجابة لما يتلقاه المرء من والديه من ثواب أو ما ينزلانه به من عقاب، ويتكونه وتشكله يحل ضبط الذات محل الاشراف أو التحكم الوالدى . وتتمثل وظائفه الأساسية فى ثلاث مهام هى :

١ — كبح اندفاعات الهو وبخاصة تلك التى تنسم بطبيعة جنسية أو عدوانية ، نظرا لما يفرضه المجتمع من قيود وحظر شديد لمواجهة التعبير عن تلك الاندفاعات .

٢ — اقناع الأنا وحته على احلال الأهداف الأخلاقية محل الأهداف الواقعية .

٣ — السعى والكفاح لبلوغ الكمال (OP. Cit) .

## الحيل الدفاعية Defence mechanisms

تؤكد نظرية «فرويد» في الدفاعية على الغرائز بوصفها مصادر للعقاب والشعور بالآثام وما يرتبط بهما من مشاعر القلق والاحباط . وفي تأكيدهما على الغرائز أكدت في الوقت ذاته على الحيلة الدفاعية التي يمكن وفقاً لها اشباع تلك الغرائز بينما يتم تجنب العقاب والشعور بالآثام . وتمثل الحيلة الدفاعية حجر الزاوية في وضع «فرويد» لنظريته عن نمو السلوك بنوعيه العصبي والذهاني . ولعل السبب في تلك الأهمية هو أن التعامل مع الصراع بين اشباع الغرائز ومصادر العقاب وما يرتبط بهما من احباط وقلق جعل «فرويد» يسلم بمديد من الحيل الدفاعية التي يمكن بوساطتها السيطرة على تلك الغرائز أو اشباعها بينما يتم تجنب العقاب وتحمي الشعور بالآثام .

ويعد القلق استجابة ذاتية تحذر الفرد من خطر وشيك الحدوث، فهو إشارة تومى للأنا بأنه ما لم يتخذ التدابير المناسبة لدرء وقوع هذا الخطر فإنه سوف يسقط في الهاوية بل يتدمر . وقد حدد «فرويد» (Freud, 1926) ثلاثة أنماط للقلق كما يلي :

١ - القلق الواقعي أو الموضوعي ، والذي يتضمن الخوف من تغيرات حقيقية في العالم الخارجي والتي ينشأ عنها النوعان الآخران من القلق ، وهما :

٢ - القلق العصبي المتمثل في الخوف من فقدان السيطرة على الغرائز وضبطها ، مما يؤدي بالفرد الى القيام بشيء ما يتلقى عليه عقاباً .

٣ - القلق الأخلاقي المتمثل في الخوف من الضمير .  
فالشخص الذي تكون لديه « الأنا الأعلى » على نحو جيد يميل الى الشعور بالقلق اذا فعل شيئاً مناقضاً للقيم الاجتماعية والثقافية التي

نشأ عليها وتربى ، بحيث يمكن أن يقال عنه : أنه يشعر بونفخ الضمير وتأنيبه .

ان القلق الذى لا يمكن السيطرة عليه بفعالية يصيب الفرد بصدية وجرح قويين ، كما يفضى به الى حالة من العجز الطفولى الذى يحد نمطا نموذجيا لصدمة الميلاد ، اذ يحاول «الأنا» فى البداية أن يحتفظ بانضباطه بأسلوب منطقي واقعى ، ولكنه حين يعجز عن مكافحة القلق بنجاح — باتباع أساليب منطقية معقولة — فإنه يتردد الى استخدام طرق أخرى غير معقولة ولا منطقية . وهو ما يطلق عليه الحيل الدفاعية .

ان السبب فى اعتبار الحيل الدفاعية طرقا غير معقولة ولا منطقية فى التعامل مع القلق يرجع الى ما تفضى اليه من تشويه للواقع أو إخفاؤه أو إنكاره ، فتمسوق بذلك بنمو الشخصية (Freud; 1894; 1896a; 1896c; 1926) وقد قامت « آنا فرويد » (Anna Freud; 1946; P.47) بتحديد تسعة من الأساليب الدفاعية — المألوفة عند الممارسة العملية — والتي تم وصفها على نحو حصري شامل فى الكتابات النظرية للتحليل النفسى ، وقد أضافت اليها حيلة دفاعية غاشرة ترتبط على الأصح بدراسة الحالات السوية أكثر من ارتباطها بالعصاب .

### الكبت Repression

يعد الكبت أكثر الحيل الدفاعية شيوعا ، كما يعد شرطاً لازماً لحدوث الحيل الأخرى . انه رفض لا ارادى للاندفاعات والأفكار الواردة من الشعور أو الوعى وبخاصة تلك الأفكار المرتبطة بالاندفاعات الجنسية والعذوانية فى الطفولة ، والتي يمكن أن تفضى الى استثارة القلق اذا سمح لها بدخول الوعى أو الشعور ، ومن ثم تظل مكتوبة فى اللاشعور (Freud, 1915a) .

## التكوص Regression

حير يحاول شخص ما تجنب قلق الوضع الراهن بالتصرف بطريقة تتسق مع مرحلة سابقة مجترة من حياته فإنه يطلق عليه شخص متكوص ( انظر كذلك الفصل الثامن ) •

## التكوين العكسي Reaction Formation

يمكن - فيما يبدو لى - تثثيل رد الفعل - بصورة مصفرة - بأحد أعمال « ويليام شكسبير » الموسومة : « السيدة التى تحتج كثيرا جدا » *The lady doth protest too much* (Hamlet, III ; ii) . اذ يشار بالتكوين العكسي الى تعزيز الكبت بالقول أو بالأفعال التى تعد نقيضا مباشرا للدافع التهديدى • وتعد الأشكال المتطرفة من السلوك مؤشرا دالا فى انعالب على التكوين العكسي (Hall & Lindzey, 1978) • فانشخص الذى يبدو ودودا مفرطاً فى وده ، ملحا ومستجديا أكثر مما ينبغى قد ينم سلوكه هذا عن تكوين عكسي لما يشعر به من عداوة لا يمكنه تقبلها •

## القلب ( العكس ) Reversal

لاحظ « فرويد » (Freud, 1930a) فى كتابه تفسير الأحلام أن الأفكار المثيرة للقلق قد تجد طريقها الى الشعور فى صورة معكوسة • فعلى حين يشير التكوين العكسي الى سلوك علنى صريح فإن القلب أو العكس يشير الى المحتوى العلقى •

## الاستدماج Introjection

يشير الاستدماج الى العملية التى عن طريقها يمتص الفرد أو يثبنى سمات الآخرين وخصائص من حوله فى البيئة ممن يمثلون مصدرا لقلقه (Freud, 1922) ويشير انه أحيانا على أنه «توحد بالمعتدى» ،

فلقد وصف على أنه نمط من التوافق شائع في معسكرات الاعتقال والسجون ، حيث يتصرف بعض المساجين مثل حراسهم حتى في علاقاتهم مع المساجين الآخرين (Bettelheim, 1943) . وقد يبدو الاستدماج أيضا مفسرا للسلوك المنحرف الشاذ لدى بعض الرهائن والركاب وملاحى الطائرة أثناء محاولات اختطاف الطائرات .

### الاسقاط Projection

الاسقاط تدعيم لما يقوم به الفرد من كبت لسماته الخاصة المثيرة للقلق من خلال نسبتها أو عزوها الى الآخرين . وبهذه الطريقة فان قوله : « انى اكرك » يغدو « انك تكركنى » . ويحمل الاسقاط في طياته افتراضا يقضى بأنه من الأسهل التعامل مع مصدر القلق اذا أمكن عزوه الى العالم الخارجى لا الى دوافع الفرد الخاصة على الأصح (Freud, 1922) .

### الأبطال Undoing

لقد نظر «فرويد» (Freud, 1926) الى الأبطال والعزل isolation على أنهما نشاطان من أنشطة «الأنا» التى تسبب أعراضا وتستحق اهتماما خاصا نظرا لما يمثلانه من بدائل واضحة للكبت . فالأبطال محاولة لا لتصحيح ما يترتب على بعض التصرفات أو الخبرات من نتائج فحسب ، بل انه يستهدف التصرف أو الخبرة نفسها لتعطيل ما قد حدث مسبقا بالفعل ، وهو بالطبع أمر مستحيل . ومن هنا فانه غالبا ما يوصف من حيث هو محاولة سحرية للتعويض عن اثم أو التكفير عنه ، كما يستخدم بوصفه تفسيرا لبعض الحالات العصابية كالنيل الوسواسى القهرى لغسل اليدين .

### المزل Isolation

على الرغم من أن هذه الحيلة الدفاعية تبدو مشابهة لحالة التصدع

أو الانفصال dissociative state فان «فرويد» (Freud, 1926) قد نظر اليها بوصفها خاصية فريدة لعصاب الوسواس ، فهي حالة من الإخفاق في وصل خبرة أو سلوك ما بروابطه الانفعالية والترابطية .  
فالخبرة لا يتم كبنتها كما هو الحال بالنسبة لفقدان الذاكرة الهستيرى hysterical amnesia ، بل هي مجرد خبرة محرومة من خصائصها الانفعالية المثيرة للاضطراب .

### التحول ضد الذات

إذا تحولت الدفعة الغريزية — والتي عادة ما تكون عدوانية — بحيث توجه نحو الداخل كنوع من اتهام الذات أو الاقلال من قيمتها self deprecation بدلا من توجيهه الى الخارج نحو موضوع الكراهية فإنه يشار اليه حينئذ باعتباره تحولا ضد الذات . ومن مزاياه افساح المجال للتعبير عن الدافع بينما يتم تجنب الوقوع تحت طائلة العقوبات الاجتماعية العادية ، ويعد بمثابة خاصية مميزة للاكتئاب والمزوكية (Drelich, 1974) .

### التسامي أو اراحة الأهداف الغريزية

يحدث التسامي sublimation أو الاراحة حين يتم تحويل الدوافع غير المقبولة الى قنوات مقبولة شخصيا واجتماعيا (Freud, 1930b) وتتيح ممارسة الرياضة بأنواعها فرصة لذلك ، كما يمكن التأكد من بعض الاختيارات المهنية على ضوء هذا التسامي أو تلك الاراحة .  
وقد أرجع «فرويد» (Freud, 1910) اهتمامات «ليونارد دافينشي» برسم السيدات كنوع من التسامي بالتعبير عن شوقه الشديد لأمه التي انفصلت عنه في وقت مبكر من عمره ، بينما يعد ما نظمه «شكسبير» من قصائد قصيرة ( لا تتجاوز ١٤ بيتا- sonnets ) ، وأشعار « واليت وايتمان » ، وموسيقى «تشايكوفسكى» ورواية «بروست» العظيمة — بينما يعد ذلك كله — لدى بعض أتباع «فرويد» نوعا من التعبير

المتسامي عن اشباع رغباتهم الجنسية بشكل علني صريح فانهم قد حولوا طاقاتهم الى ابداعات خيالية (Hall, 1954) .

هذا وتجدر الاشارة الى أن كل الحيل الدفاعية يتم توجيهها الى ابعاد صراعات معينة عن دائرة الوعي الشعوري ، ونتيجة لذلك فقد ذكر ما يوحى بأن الهدف الأساسي للتحليل النفسي ( انظر الفصل الثاني عشر ) هو تحويل ما هو لا شعوري الى مجال الشعور أو الوعي . وفي الحقيقة فان المحللين النفسيين يقيسون التقدم في العلاج النفسي من خلال ابعاد ثلاثة :

١ - أن يندو السلوك أكثر معقولة ومنطقية ، بحيث تنقوده اعتبارات فكرية عقلية لا استجابات انفعالية .

٢ - أن تغدو الطاقة التي كانت تهدر فيما سبق في ابقاء الأفكار والدوافع مكبوتة - تغدو - متاحة ميسرة لاستخدامها في التوافق اليومي - كما يبدو مثلاً في تحسن القدرة على تحمل الاحباط .

٣ - أن يقل تحكم الدفعات غير المقبولة في الشخصية ، كما يندو الفرد أقل توتراً وأقل قابلية للشعور بالذعر والدفاعية .

وبناء عليه فان مضمون ذلك هو أن الأعراض الأساسية للشذوذ أو الانحراف تتمثل في اللامعقولية ، وضعف القدرة على تحمل الاحباط، والتوتر . وعلى العكس من ذلك فان الفرد السليم السوي يتميز بالمنطقية أو المعقولية ، وبالقدرة على تحمل الاحباط ، بالإضافة الى تميزه بالاسترخاء وقلة التوتر .

### تطوير النظرية الفرويدية

حاول عديد من الباحثين تطوير نظرية «فرويد» وتحسينها ( انظر مثلا : Hartman; 1939; 1950; Kardiner; Karush & Ovesey;

(1959a, 1959b; 1959c; 1959d; Schafer, 1968) فبالنسبة لبعضهم — مثل «يونج» Jung — الذى سنفرد عن نظريته فى الجزء التالى — فإن ما قاموا به من تحسين يتضمن رفضا فعليا واقعيا للنظرية الأصلية. وبالنسبة لبعضهم الآخر — مثل الفرويديين المحدثين أمثال «هورنى» و «سوليفان» و «فروم» — فهناك تحول فى مواطن التأكيد مع شرح تفصيلي رئيسي للمجالات التى أغفلها «فرويد» • وعلى مستوى أكثر تواضعا فإن بعض النظريات قد قامت ببساطة بالتوسع فى جوانب معينة من نظرية «فرويد» • ويعد «موراي» ، ماكلياند « من أفضل الأمثلة للاتجاه الثانى •

### هنرى أ. موراي Henry A. Murray ( ١٨٩٣ — )

تؤكد نظرية «موراي» (Murray, 1938, 1968) — كما هو الحال لدى «فرويد» — على الدافعية اللاشعورية ، كما تؤكد على ذاتية التقرير اللفظي أو حريته لدى الفرد بما فى ذلك التقرير المتعلق بنشاطه التخفى أو تخفلاته • وقد انصرف «موراي» عن «فرويد» فى معالجته لمفهوم «الأنا المثالى» ، حيث يرى الأول أن هذا المفهوم ربما انفصل عن «الأنا الأعلى» انفصالا تاما • وبذلك الطريقة فإنه بمقدور «موراي» تقديم شرح مبسط للتناقضات الظاهرة كالفرد الذى يتطلع الى أن يكون مجرما عاتيا ، أو ذلك الفرد الذى يحاول أن يكون خادما لأرادة الله أو ساعيا لرغاية المجتمع على حساب طموحه الشخصى • كذلك فإن مفهومه الذى قدمه للأنا الأعلى والأنا المثالى يسهم فى ترويدنا بحرية للتعديل والتطوير بعد مرحلة الطفولة أكثر مما يمكن لنظرية «فرويد» أن تقدمه • ولكن ما قدمه «موراي» من أفكار عن الدافعية يعد فى الحقيقة أعظم إسهاماته تميزا وتفوقا •

ولقد قدم «موراي» شرحا مفصلا للدافعية الانسانية من حيث تعلقها بمفهوم الحاجات needs حيث عرقه باعتباره تكوينا أو تركيبا



construct ( وهو تخيل مريح أو مفهوم افتراضى ) يرمز الى قوة ...  
فى منطقة المنح ، قوة تقوم بتنظيم الادراك والتفهم ، والتعلل ، والنزوع ،  
والفعل بطريقة ما بحيث تحول حالة موجودة غير مشبعة أو مرضية  
الى اتجاه معين (Murray, 1938, P.123) .

وكما فعل أصحاب النظريات الفريزية خلال وقت مبكر من القرون  
العشرين فان «موراي» قد حذا حذوهم الى حد كبير حيث قام بوضع  
قائمة تحتوى على ما يربو على عشرين نوعا من الحاجات النفسية التى  
عنى بشرحها ووصفها ، ولكنى يقوم بقياسها فقد صمم (Murray,  
1943; 1938) اختبار تفهم الموضوع TAT الذى يعد - بين  
الأساليب الاسقاطية - الثانى من نوعه بعد اختبار «رورشاخ» من  
حيث شهرته وشيوع استخدامه لدى الاكلينيكين . كما تشكل تلك  
الحاجات النفسية الأساس الذى بنيت عليه قائمة «أدواردز» للتفضيل  
الشخصى (Edwards; 1953 Personal Preference Schedule) .

### ديفيد ماكلياند David O. McClelland ( ١٩١٧ - )

قام «ماكلياند» بدراسة نوع واحد من الحاجات التى حددها  
موراي ، وهى الحاجة الى الانجاز Achievement ، والذي تمتد جذور  
أفكاره الى المدرسة النفسية التحليلية للدافعية ، بيد أنه يمكننا أن  
نرى فكرة الانجاز وأهمية الأنشطة المتعلقة به فى كتابات «ويليام جيمس»  
(Fineman, 1977) . وكما هو الحال مع «جيمس» فقد أنصب تركيز  
«ماكلياند» على الوجدان المرتبط بالدافعية الى الانجاز معرفا كلا منهما  
بأنه الوجدان الايجابى أو السلبي المستتار فى مواقف تستلزم التنافس  
وفقا لمعيار ما من التفوق والامتياز ، بحيث يمكن تقييم الأداء فى مثل  
هذه المواقف بإعتباره اما ناجحا أو فاشلا .

وقد كرس «ماكلياند» جهده فى العمل الذى قام به مبكرا لتطوير

نظرية الدافعية الى الانجاز ، بيد أنه في وقت لاحق لذلك أصبح مهتماً كذلك بقضايا معينة تتعلق بالسلوك الالتزامى والادارى (McClelland, 1961; McClelland et al., 1953, 1958) وقد طبقت نظريته بشكل محدود في الأوضاع الاكلينيكية ، كما تعرضت لانتقاد «بيترز» (Peters, 1960) الذي رأى أنها تمثل ارتداداً الى مذهب « جريمي بينثام » Benthام في السعادة الحسية hedonism أو ما يسمى بمذهب اللذة والسروز .

### المرض السيكوسوماتى ( النفسى الجسمى )

إذا أردنا تقديم تفسير كامل للاضطرابات النفسجسمية — بل في الحقيقة لأي مرض — فانه لا بد من أن نأخذ بعين الاعتبار لا مسببات الانعصاب فحسب — كذلك التى تتعلق بأحداث الحياة والمتغيرات البيئية الأخرى التى تعرضنا لمناقشتها في الفصل الثامن — بل نضع في اعتبارنا كذلك الفرد واستجابته لتلك العوامل العصبية الضاغطة . وقد لاحظ «سيلي» (Selye, 1955) أن هناك مجموعة متنوعة من العوامل التى يمكنها التأثير في إنتاج هورمونات التكيف وفي تأثيراتها على الأعضاء المستهدفة لدى الفرد ، وقد ذكر من بينها الوراثة ، والعمر ، وحالة الفرد الغذائية ، وتعرضه مسبقاً للانعصاب . ولكن «سيلي» لم يتعرض لتطوير هذا الجانب من نظريته .

ومن الممكن تحديد سبع نظريات أو افتراضات مختلفة تتعلق بنمو أعراض نفسجسمية معينة يرتبط كثير منها بوجهة النظر النفسية التحليلية Psychoanalytical ، والتى منفصل القول فيها الآن :

#### ١ — افتراض الضعف البدنى Somatic weakness

هناك مصطلح آخر يستخدم بالتبادل معه ويعرف باسم « نظرية كعب أخيل » Achilles' heel theory ، ويؤكد هذا الافتراض بالدليل

أن الاضطراب الذى يبدو للعيان انما يتحدد عن طريق أضعف حلقة  
في جهاز الاستجابة الفيزيولوجي (Alexander & Szasz, 1952) .

فاذا كانت معدة الفرد ضعيفة فإنه سينمى اضطرابا معويا حين  
يتعرض للوقوع تحت ضغط من الضغوط ، وإذا كان جهاز أوعيته  
الدموية القلبية ضعيفا فان ضغط دمه سيعود مرتفعا . وطبقا لهذه  
النظرية فإنه ليس ثمة حاجة الى ارتباط منطقي بين نوع الانعصاب  
النفسى الذى يخضع له الفرد والاضطراب البدنى الناجم عنه . ويمكن  
في هذه الحالة ارجاع الاضطراب الى الطبيعة العرضية التى يتميز  
بها العامل — أى عامل — الذى أدى في الأصل الى أضعاف العضو  
أو الجهاز الفيزيولوجي . ونتيجة للفروق الفردية أو الوراثة أو مرض  
بدنى سابق فإن جزءا معينا من التكوين العضوي للفرد سيكون أضعف  
من بقية أجزائه الأخرى ، وبالتالي فإنه سيكون أكثر قابلية وتعرضا  
لنمو اضطراب ما اذا وقع الانعصاب . وقد وجد «ريز» (مثلا : Rees)  
(1964) أن ٨٠٪ من الأشخاص المرضى بداء الربو — والذين أجري  
عليهم دراسته — كانوا يعانون من التهابات سابقة في جهازهم التنفسي،  
بالمقارنة الى ٣٠٪ من الأشخاص غير المصابين بهذا الداء والذين  
استخدموا بوصفهم عينة ضابطة . وهذه الفكرة يمكن ملاحظتها كذلك  
في نشأة المفهوم النفسى للدونية inferiority لدى «أدلر» (Adler, 1907).

#### الأنماط النوعية اللاإرادية Specific autonomic patterns

قام «وولف» (Wolff, 1950) بتقديم نوع مختلف من أنماط  
افتراض الضعف البدنى الذى سبق أن تحدثنا عنه ، وقد استمد تأييدا  
مبنيا على أساس من التجارب التى قام بها عدد من الباحثين  
(Lacey, 1967; Lacey & Lacey, 1958; Wengar et al. 1962, Malmo  
and Shagass, 1949a, 1949b; Malmo, Shagass & Davis, 1950).

ويفترض هذا النوع من النظريات أن كل فرد سوف يستجيب - بناء على تركيبه الوراثي إلى حد كبير - للانعصاب بنمط مميز من النشاط الفيزيولوجي . فقد يستجيب له شخص ما باظهار رد فعل أقوى من خلال ارتفاع ضغط دمه ، مع أقل قدر ممكن من التعبير في استجابة الجلد الجلفانية ( نسبة إلى الكهرباء الناتجة عن التفاعل الكيميائي ) وفى معدل خفقان القلب ، بينما قد يستجيب شخص آخر لذلك باظهار نمط عكسي مخالف . وقد تحدث الأعراض النفسجسمية في العضو أو الجهاز الأكثر حساسية واستجابة للضغط أو الانعصاب .

### افتراض الرمز العرضي *Symptom-symbol hypothesis*

قام العديد من أتباع «فرويد» ومريديه - خلال تطوير مفهوم «فرويد» (Freud, 1895b) عن أنواع العصاب الفعلى الذى تعد أعراضه نتيجة مباشرة لكبح الطاقة النفسية - قاموا باستخدام ما لاحظوه «فرويد» نفسه من رمزية بين الاضطرابات العصابية التحولية ، حيث استخدموها فى تفسير الاضطرابات النفسجسمية أو ما أسموه بأشكال العصاب المتصل بعضو *Organ neurosis* (Deutsch, 1922) .

وطبقا لوجهة النظر تلك فإن الأعراض النفسجسمية ترمز إلى ما تعانيه شخصية المريض من ضراعات نفسية داخلية مكبوتة من خلال إحدى أشكال لغة الجسم . إذ ترمز صعوبات الربو إلى وجود عبء ثقيل على صدر المرء ، كما ينظر إلى الاسهال على أنه شكل من أشكال العطاء العدوانى للأخزين بديل للعطاء الحقيقى (Ferenczi, 1926) وإلى العثيان أو الإسمئزاز الشديد على أنه عجز عن تحمل حالة غير سارة ، وإلى الالتهابات الجلدية العصبية على أنها أسلوب بدنى يعبر عن سيطرة شئ ما على جلد المريض ، وإلى قرحة المعدة *peptic ulcer* على أنها نوع من الهجوم الرمزي على الغشاء المخاطى من قبل والدة المريض المثيرة بالعداوة والكراهية (Garma, 1950) .

ان تلك النظرية لا تصادف تأييدا أو قبولا من أحد في الوقت الحاضر باستثناء عدد قليل من المختصين . فلقد انتسح أن الأعضاء الأحشائية (الأمعائية) visceral التي تنشأ منها تلك الأعراض لا ترتبط بأية طريقة مباشرة بالراكز اللحائية العليا ، وليس من المحتمل بالتالى أن تكون ملائمة للتعبير عن الأفكار بهذه الطريقة . وفضلا عن ذلك فمن الأيسر أن نفس الأعراض النفسجسمية على أنها أعداد الجسم كى يعبر عن هذه الأفكار ، أكثر منه مجرد شكل من أشكال هذا التعبير .

### افتراض الصراع النوعى Specific conflict hypothesis

هناك مصطلح آخر يستخدم معه بالتبادل يعرف بافتراض « الصراع — النكوص » . ويوحى هذا الافتراض بأن ثمة نوعا معينا من الصراع اللاشعورى فى كل اضطراب نفسجسمى (Alexander, 1950) ويعد هذا الافتراض امتدادا طبيعيا لنظرية الانفعال الطارئ لدى «كانون» (Cannon; 1929) والتي تقترح ارتباط تغيرات انفعالية معينة باستجابات فيزيولوجية معينة .

وقد أكد «ألكساندر» (Alexander, 1950) على أهمية فهم الأعراض النفسجسمية بوصفها استجابة البدن لحالات انفعالية ملحة معينة ، تلك التى نشأت بدورها فى الأصل وتمهدت من قبل احتياجات معينة أو عن طريق صراعات قائمة بين تلك الاحتياجات . وقد افترض بأنه يمكن أرجاع قرح المعدة الى حاجة مضطربة من العطف والحنان . فكل المرضى بالقرح لديهم احتياجات اعتمادية شديدة يستجيبون لها بوحدة من طريقتين : فاما أن يستجيبوا لها بتنمية الشخصية القرحية التقليدية، حيث يوجد لدى المريض تكوين عكسى لحاجته غير الناضجة الى المساعدة ، ورغبته فى أن يحظى من الآخرين بالرعاية والعناية . ،والذى يتبدى فى الانجاز العدوانى ، والاستقلالية ، وتحمل مسئولية زائدة مفرطة ، أو يستجيبوا لتلك الاحتياجات بتقبل عدم نضجهم ، ويتعلقهم

وتشبههم وكثرة مطالبهم ، ولكنهم يواجهون بالصد والرفض من قبل الآخرين الذين يمثلون أهمية خاصة بالنسبة لهم في بيئتهم ، والذين يجدون أن سلوكهم غير مقبول . وفي أى من الحالتين فإن حاجتهم المحيطة الى العطف والحنان تتعادل مع حاجتهم الى الطعام ، كما يستثار نشاط معدتهم بحاجتهم الضرورية الى العطف والحنان . وهذا النشاط المعدي المفرط يتضمن الافرازات المعدية وتغيرات في معدل تدفق الدم مما يفضى الى القرحة .

وقد افترض «فرينش ، ألكسندر» (French & Alexander, 1941) أن الصراع الذى لا ينحل حول اعتماد الفرد بشكل زائد على أمه والذى يشبه تهديده بالانفصال عنها يمكن أن يعجل بحدوث نوبة ربو . وقد عدت تلك النوبة بمثابة تعبير عن حاجة الفرد الماسة المكبوتة الى الأم .

وقد أورد «ويلسون» (Wilson, 1948) تقريراً مفصلاً عن خمسة من سبعة أفراد مرضى بحمى القش hay fever كان قد قام بدراساتهم من منطلق تحليلي نفسي ، وقد افترض في تقريره أن ذلك الاضطراب (حمى القش) نجم عن صراع بين فضول جنسى غريزي وعادات أو أعراف اجتماعية . وفي معرض تقويده بالأولية النشئية (الارتقائية) لحاسة الشم فقد افترض «ويلسون» أنه إذا وجد اخفاق في كبت الفضول الجنسي والتسامي به مع الجريين البصرى والعقلي ، فإن جهاز الشم يندو محملاً بأكثر مما يطيق ، كما سيفقد كل من العين والأنف محتقنين وتتزايد افرازاتهما المخاطية بدلا من حدوث ذلك في الأعضاء التناسلية .

وفي محاولته شرح كيفية حدوث المرض النفسى الفيزيولوجى ونشأته لدى بعض المرضى دون بعضهم الآخر فقد ذكر «ويلسون» (Wilson, 1948) النمو النفسى الجنسي لدى الفرد ، حيث قد يفضى

احلال الشم محل الفضول الجنسي البصرى الى حساسية متزايدة للبخار أو اللقاحات النباتية . وعلى أية حال فقد أحيا «الكسندر» (Alexander, 1950) المهوم الفرويدى المتعلق بالنكوص ، ذاكرا أن المرضى النفسجسميين كانوا قد عانوا في طفولتهم من صراعات صدمية، حيث حدث لهم تثبيت عليها ثم عادت في الوقت الراهن من حياتهم لتصبح مستمرة مداومة ولتستعيد نشاطها من جديد .

### افتراض الاتجاه المعين Specific attitude hypothesis

ويمثل هذا الافتراض صيغة أخرى مختلفة من الافتراض السابق، إذ أن المتغير الأساسى هنا ليس هو الصراع في حد ذاته ، ولكنه الاتجاه الذى يحمله المريض نحو الصراع . وطبقا للافتراض الحالى فان هناك اتجاهات معينة تحدد العرض السيکوسوماتى الذى ينمو ويتطور ، فإذا تغير الاتجاه فان الأعراض تتغير بتغيره (Grace & Graham, 1952)

ان الافتراض الاساسى هنا هو أن لكل اتجاه نحو موقف مشير للاضطراب نمطا فيزيولوجيا للاستجابة مرتبطا بها ، ومن ثم يفضى الى اضطراب نفسجسمى معين ، اذ يتجه المرضى بالقبح نحو مرضهم بالاستياء والامتناع ، والشعور بالحرمان والرغبة في الانتقام . كما يتجه من يعانى من ضغط دم جوهرى نحو تلك الحالة بنوع من الحذر واليقظة والانتباه ، والشعور بأنه مهدد بخطر دائم ، وبأنه في حاجة الى أن يكون في يقظة دائمة ، آخذا جانب الحيطة والحذر في كل وقت . ويرتبط الربو الشعبى bronchial asthma بشعور المريض بالبغض والكرهية والاهمال من الآخرين ، ولذا فان لديه رغبة في أن يصد أبواب التفكير فيهم أو التعلق بهم . أما الاضطرابات الجلدية فترتبط بشعور المريض بأن الآخرين يعاملونه على نحو جائر ظالم ، وبأنه مصاب بالهزيمة ، محبط ، ولا توجد لديه رغبة في القيام بأى شئ تجاه ما يعانى منه ، ويرتبط الاسهال بالرغبة في التغلب على حالة ما والتخلص

من شيء من الأشياء • هذا ومنذ عهد قريب جدا تم تفسير هذا الافتراض من حيث علاقته بمتغير معين من متغيرات الشخصية ، وهو سهولة التأثر بالإحساء عن طريق التثويم المغناطيسى hypnotic suggestibility (Peters & Stern, 1971) .

### افتراض نمط الشخصية Personality type hypothesis

يشير هذا الافتراض الى أن من يعانون من الاضطراب السيكوسوماتى ذاته يشتركون فى بعض من سمات الشخصية الشائعة فيما بينهم (Dunbar, 1943; 1955; Wisdom & Wolff, 1965) .

وفى مراجعة ومقد للنتائج البحثية المتاحة استنتج « ماكويد » (McQuade, 1972) أن ثمة نمطا من الشخصية يتميز أصحابه بأنهم عرضة للإصابة بمرض الشريان التاجى ، ويتسم المصاب به بالعوانية والتنافس والطموح وعدم الاستقرار • وهذه السمات قد بدت فى ٧٠٪ من المرضى المصابين بمرض الشريان التاجى للقلب وكان عددهم ٢٥٧ مريضا والذين شكلوا احدى مجموعتى الدراسة ، وفى الوقت ذاته فان أفراد مجموعة أخرى ضابطة — ممن وصفوا بالهدوء أو التمثل والصبر وقلة الاهتمام بالانجاز — كانوا ذوى مناعة أو حصانة ضد الإصابة بمرض الشريان التاجى للقلب •

### افتراض الشخصية الأمومية Maternal personality hypothesis

ويمثل هذا الافتراض شكلا مختلفا من أشكال الافتراض السابق، ويقضى هذا الافتراض بأن الاضطرابات النفسجسمية تنشأ نتيجة للتفاعل بين المريض وأمه ، حيث تتميز الأم بسمات معينة تؤدي الى أحداث الاستجابة النفسجسمية اللاحقة •

وقد قام « روجرسون ، هاردكاسيل ، ديوجيد » (Rogerson, 1948; Hardcastle & Duguid, 1935) وكذلك «جيرارد» (Gerard, 1948;)



(1953) بوصف أطفال يمانون من ربو باعتبار أن والديهم مفرطون في حمايتهم ، واتجاههم بالحماية المفرطة نحو أبنائهم كان محاولة لقمع مشاعر الذنب الناجمة عن اتجاههم بالكراهية والعداوة العميقة نحو هؤلاء الأبناء . وهذا الافتراض شبيه الى حد كبير بنظرية الأم التي تورث مرض الفصام ( انظر الفصل التاسع ) .

### نقد نظرية فرويد

نظرا لتوجه الحيل الدفاعية نحو إبقاء أفكار معينة بعيدا عن الوعي الشعوري ، فإن المستويات اللاشعورية تعد مصدرا رئيسا للسلوك . وقد أوحى تلامذة «فرويد» المتصلبون نتيجة لذلك بأن ثمة دافعا لاشعوريا لكل شيء يقوم المرء بفعله : فإذا قام شخص ما بكتابة تاريخ يوم من أيام العام الماضي في أول يناير من العام الحالي فإن مرد ذلك الى رغبته غير الواعية في ألا يكبر ليصبح عجوزا ، كذلك فإن الجراحين وأطباء الأسنان يكتبون ميولهم العدوانية ويتسامون بها ... الخ . ولكن «فرويد» قدم نظرية اللاشعور في الأصل قاصدا من وراءها فقط الى شرح أنماط سلوكية نوعية معينة كفلتات اللسان ونسيان اسم شائع مألوف ... الخ والتي أسماها بالأخطاء السلوكية الصغيرة (Freud; 1916) parapraxes .

إن «فرويد» لم يدع بأنه يمكن لتلك العمليات اللاشعورية تفسير معظم التصرفات الانسانية ، ولكنه ادعى بأن تلك العمليات بمقدورها أن تقدم تفسيرا للظواهر التي كان من المتعذر تفسيرها أو التي أمكن شرحها وتفسيرها فقط بعبارات فيزيولوجية غير مصقولة أو مهذبة مثل « زلت يده » his hand slipped أو « كان متعبا » he was tired . لقد اتخذ معيارا من السلوك المنطقي الموجه نحو هدف ما ، وأفاد ضمنا بأن الإشارة الى العمليات العقلية اللاشعورية إنما تكون وثيقة الصلة بالموضوع فقط إذا لم يتطابق ذلك السلوك مع مثل هذه المعايير (Freud, 1901, 1924, Peters, 1960) .

إن التهمة التي وجهت الى نظرية «فرويد» -- برغم ما له من

خلفية طبية ، وبرغم تبنيه لأنموذج بيولوجي بصفة أساسية — قد أكدت تأكيدا بالغا على الوقائع أو الأحداث البيئية بدرجة أهملت الفسروق الفردية البدنية الحيوية أو قللت من شأنها بوصفها مصدرا للفروق في الشخصية ، وعلى كل حال — ودفاعا عن «فرويد» — فإنه قد قدم معظم أفكاره في وقت لم تكن المعرفة الحالية ميسرة فيه فيما يتعلق بالوراثة والكيمياء الحيوية والهورمونات والتغذية (Williams; 1960) .

## النظريات النفسية ذات التوجه البيولوجي

### ٢ — علم النفس التحليلي لدى يونج

كان «كارل يونج» Carl Jung زميلا مظلما وصديقا لفرويد ، وتوطدت تلك الصداقة بينهما لفترة تقارب الثلاث عشرة سنة . ولقد كان من المقدر له أن يصبح خلفا لفرويد ، ولكن النزاع الذي دب بينهما والذي وصف بالتعقد والافراط في الفصل فيه وإنهائه (Hall & Lindzey; 1978) أفضى الى قيام «يونيغ» بتمزيق عرى هذه الزمالة والصداقة ، وتطوير أسلوبه الخاص في العلاج النفسي — أو ما يطلق عليه علم النفس التحليلي — والذي يعد مزيجا من اهتمامه بعلم الآثار القديمة وأفكاره الدينية التي اكتسبها من أسرته حين نما وترعرع في أحضانها، بالإضافة الى نظرية «داروين» في النشوء والارتقاء التي ذاع صيتها في ذلك الوقت .

وتتركز نقطة الخلاف الرئيسية بين «فرويد» و «يونيغ» حول مفهوم «اللاشعور» . فقد قدم «يونيغ» شرحا مفصلا رئيسا لذلك المفهوم مقرا ومسلما بكل من اللاشعور الجمعي collective واللاشعور الشخصي personal ومحددا في كل منهما خصيصتين مميزتين لنظريته وهما : مفهوم النماذج الأصلية archetypes ومفهوم العقد النفسية complexes

## اللاثسور الجمعى

فى الوقت الذى أكد فيه فرويد على الأصول الطفلية ( المتعلقة بالأطفال الرضع ) للشخصية فإننا نجد «يونج» قد أكد على أصلها العرقى racial وعلى تعلقها بنشوء الجنس وتطوره phylogenetic وقد سلم جدلاً بوجود شخصية منجزة متطورة performed evolutionary شبيهة بالصورة البدنية المنجزة المتطورة • والانسان العصرى بالنسبة الى «يونج» ليس فقط النتاج البدنى للأجيال من التفاعلات مع بيئته ، ولكنه نتاجها النفسى كذلك نظراً لأن آثار التذكر الكامنة لتلك التفاعلات يتم نقلها وتحويلها الى كل جيل تال لتلك الأجيال • وتمتد آثار الذاكرة هذه بعيداً الى ما وراء التاريخ الانسانى لتصل الى الأسلاف الحيوانية للانسان ، كما أنها منفصلة بالضرورة عن الخبرات الشخصية للفرد ، بالإضافة الى عموميتها وشيوعها بين جميع أفراد الجنس البشرى • واتسامها بالكمون والاستتار يعنى أنها لاثسورية كذلك • ومن هنا فان «يونج» قد نظر اليها باعتبارها مشكلة ومكونة للاثسور الجمعى المغاير فى رأيه للاثسور الشخصى • وقد عزا «يونج» الجانب الجمعى من هذا اللاثسور الجمعى الى تشابه تركيب المخ وبنيته لدى كل الجماعات العرقية ، مؤكداً أن تجاهل توارث تلك الآثار التذكيرية الكامنة يتضمن تجاهل تطور المخ وتوارثه •

وقد أطلقت عديد من الأسماء على تلك الآثار التذكيرية الكامنة والموروثة ، « التى تتضمن تسميتها » بالآثار السائدة المسيطرة « dominants أو « الصور العقلية البدائية » primordial images أو «الأخيلة images » أو «الصور العقلية الأسطورية » mythological images أو « الأنماط السلوكية behavioral patterns (Jung, 1943) . ولكن أكثر تلك الأسماء شيوعاً هو « النموذج لأصلى » •

## النماذج الأصلية Archetypes

يتشابه مفهوم النموذج البدائي لدى «يونج» الى حد كبير مع المفهوم العام للفريزة instinct ، فهو امكانية موروثة أو استعداد طبيعي سابق للتصرف بطريقة معينة .

ولقد ولد الانسان مزودا بكثير من تلك الاستعدادات الطبيعية التي تقود سلوكه وتوجهه ، كما تحدد بصفة جزئية ما سيفدو واعيا به أو مستجيبا له . فالانسان ميل بفطرته انى الخوف من الظلام مثلا أو من المضحكين نظرا لأن الانسان البدائي واجه أخطارا في الظلام ، كما كان ضحية الثعابين السامة . ومن الممكن ألا تغدو تلك المخاوف الكامنة نشطة بآمرة اذا لم يتم تقويتها وتأكيدا من خلال المرور بخبرات معينة . ومع ذلك فان الميل والنزوع الى هذه المخاوف يظل موجودا كما يجعل المرء قابلا للتأثر بتلك الخبرات .

ان مفهوم النموذج الأصلي لم يفسح المجال ليونج ليقوم فقط بتفسير حدوث الأفكار المتشابهة أساسا في الأجناس والثقافات ، والتي تميل فيما يبدو الى التطور بشكل مستقل ، بل سمح له كذلك بالتوفيق بين ما يبدو من شذوذ وخروج عن المعتاد في جنسه وثقافته الخاصة . ومن أكثر النماذج الأصلية شيوعا تلك النماذج المتعلقة بالميلاد والموت والاله والشيطان والبطل والرجل المعجوز الحكيم . وقد تكون هذه النماذج برمتها تلقائية مستقلة بذاتها ، كما قد تكون مستقلة عن بقية جوانب الشخصية . ولكن هناك نماذج معينة تعامل بشكل ثابت على أنها مستقلة كذلك ، ونعني بذلك الأنيميا Anima (الجانب الأنثوي في شخصية الذكر) والأنيموس Animus (الجانب الذكري في شخصية الأنثى) ، والظل ، والقناع persona والذات self .

وعلى الرغم من امكانية تأثر كل من الأنيميا والأنيموس بالخصائص

البيولوجية فانهما يعدان نتاج الخبرات العرقية Racial للرجل مع المرأة، ونتاج الخبرات العرقية للمرأة مع الرجل . وتؤدي تلك النماذج الأصلية بكل جنس sex الى اظهار سمات الجنس المغاير ، كما تقوم بدفع كل جنس وحته الى الاستجابة لأفراد الجنس المغاير وفهمه .

أما الظل shadow فانه يتكون من الغرائز الحيوانية التي احتفظ بها الانسان أثناء نموه المتطور . كما يتشابه الى حد كبير مع مفهوم Id لدى «فرويد» ، ويعد مسئولا عن ظهور الأفكار والمشاعر غير المرغوبة اجتماعيا في الوعي والسلوك ، وغن مفهوم كل من القطيئة الأصلية والشيطان ، بالإضافة الى مسئوليته عن التعرف الى العدو وتمييزه .

من ناحية أخرى فان القناع persona هو الدور الذي خصمه المجتمع للفرد بحيث يتوقع منه القيام به في الحياة (Jung, 1945) كما يتضمن بعض خصائص مفهوم الأنا الأعلى لدى «فرويد» (Hall & Lindzey, 1978) .

وقد رأى «يونج» في كتاباته التي قام بها مبكرا أن الذات مرادفة أو مساوية للنفس أو الشخصية الكلية . ولكنه حين بدأ في سبر أغوار الأسس العرقية للشخصية واكتشف النماذج الأصلية عثر على واحد من تلك الأسس ، والذي يمثل الكفاح الانساني في سبيل الوحدة . وقد سمى هذا الأساس بالذات the self وتوعده بمثابة استعداد طبيعي تشترك فيه كل الكائنات الانسانية لتوحيد الشخصية والابقاء على جميع جوانبها الأخرى مستقرة متكاملة .

ويمكن للنماذج الأصلية أن تمتزج وتندمج مع بعضها بعضا فيما يسمى باللاشعور الجمعي حيث تقضى الى المفاهيم المركبة ، إذ يمكن مثلا لنموذجي البطل والرجل العجوز العاقل الحكيم أن ينضما معا بحيث تنتج عنهما فكرة « الملك الفيلسوف » ، وهو شخص مبجل

موقر يستجاب له نظرا لأنه قائد ونذير لمجتمعه ، أو يمكن لنموذجي الشيطان والبطل أن ينضما معا لاجداث مفهوم القائد الشيطان .

### اللاشعور الشخصى

وهو منطقة مجاورة للنا *the ego* ، كما يشبه الى حد كبير مفهوم « ما قبل الشعور » لدى «فرويد» . كذلك فإنه يقوم مثله باتاحة الفرصة للمحتوى ليتنقل بينه وبين الأنا ، وهو الأسلوب الذى اتخذه «فرويد» و «يونج» لتفسير الى أين تذهب مواد ذلك المحتوى حين يتم نسيانها بشكل مؤقت ، كما أنه يقع داخل اللاشعور الشخصى حيث حدد «يونج» موقع العقد النفسية .

### العقد النفسية Complexes

العقدة النفسية هى مجموعة من الذكريات والادراكات والأفكار الكامنة انفعاليا ، وينظر اليها على أنها تشتمل على نواة *nucleus* تعمل بمثابة مغناطيس يجذب اليه عديدا من الخبرات المتوقعة أو بمثابة عنقود تتجمع حوله وفيه تلك الخبرات . وفى حين تعد النواة وكثير من عناصرها المتزاملة المترابطة لاشعورية بصفة عامة فإن ما يرتبط بها من معان وأفكار وخواطر يمكنها أن تعدو شعورية واعية ، بل انها غالبا ما تصبح كذلك .

### نقد علم النفس التحليلى لدى يونج

ترتبط نظرية «يونج» فى الشخصية بطريقة من طرق العلاج النفسى ، وقد تأثرت بها اختبارات الشخصية والتقويم التشخيصى . ويعد «يونج» مسئولا عن تقديم سمات الشخصية (الانطواء والانبساط) الى علم النفس ، برغم اشارته اليهما بوصفهما بمثابة «اتجاهات» . كما ترتبط نظريته باختبار تداعى الكلمات الذى اتخذ منه أسلوبه الرئيس فى سبر أغوار اللاشعور . ومهما يكن من أمر فإن الاختبار

نفسه لم ينشأ على يدي «يونج» . بل عادة ما ينسب الى « السير فرانسيس جولتون » (Sir Francis Galton. 1879-80; 1883) كما قام «فنت» (Wundt, 1896; 1900-20) بادخاله الى علم النفس .

ويمكن بوضوح تحديد تبني «يونج» للأسس والمبادئ البيولوجية من خلال الدور المهم الذي خصصه للوراثة . وتقوم الوراثة بتفسير وجود الفرائز البيولوجية التي تخدم أهداف حفظ الذات والتنافس . ولكن «يونج» قد انحرف بشكل حاد عن موقع علم الأحياء الحديث حين أكد بأن هناك توارثا «للخبرات» السلفية (المتعلقة بالأسلاف أو المستمدة منهم) ، بالإضافة الى ما هنالك من توازث للفرائز البيولوجية . ويتم توارث تلك الخبرات — أو بعبارة أصح — توارث الفرد لامكانية الحصول على تلك الخبرات بالطريقة ذاتها التي حصل بها عليها أسلافه بوصفها نماذج أصلية . ويقبوك «يونج» لفكرة التوارث الثقافي فقد انحاز بنفسه الى المبدأ القائل باكتساب الصفات أو الخصائص ، وهو مبدأ ما زالت الغالبية العظمى من علماء الوراثة المعاصرين ينظرون الى صدقه بنوع من الشك والارتياب .

كذلك فقد أيد «يونج» الشروح والتفسيرات ( المتعلقة بالبحث عن غاية الطبيعة ) . فبينما نجد «فرويد» قد أكد على الخبرات السابقة باعتبارها محددات رئيسة للسلوك فإن «يونج» يحاول البرهنة على أن مستقبل الفرد وماضيه يحددان سلوكه ويقرانه ، اذ يتأثر الفرد لا بما حدث له فقط وهو طفل بل بما يتطلع الى قطه والقيام به في المستقبل .

وقد صادف علم النفس — بالمفهوم الذي تبناه «يونج» — عددا من الانتبايع والانتماء الذين يؤيدونه في كل أنحاء العالم سواء في مجال الطب النفسي أم في علم النفس ، وكذلك في مجالات أخرى غير نفسية كالتاريخ والآداب وعلم الآثار القديمة . ولكن على الرغم من اجتذابه لاهتمامات متجددة خلال أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات فإنه

لم يتمكن مطلقاً من مجابهة التحليل النفسى التقليدى بجرأة وتحد •  
ومن بين الأسباب الكامنة وراء ذلك صعوبة قراءة مفاهيمه وفهمها  
(Schultz, 1976) • بل ربما كان السبب الأساسى هو تأكيد القوى  
على علم الأحياء ، والوراثة واللامعقولة بالإضافة الى اقراره لمبدأ  
وراثة الخصائص المكتسبة والتفسيرات أو الشروح الغائية •

وعلى وجه الخصوص فإن اهتمام «يونيغ» بالسر أو الباطن ،  
وبخوارق الطبيعة ، والتصوف ، والدين ، وتأكيد على اللامعقولة  
بدلاً من المعقولة يعد على الأرجح سبباً وراء ما وجه إليه من نقد  
على يد الاتجاه الشائع فى الطب النفسى المهني بالإضافة الى الاهتمام  
المتجدد الذى أشرنا إليه • فتلك مفاهيم غير معترف بها علمياً ، ولكن  
المناخ الاجتماعى الذى ساد العالم الغربى خلال أواخر الستينيات  
وأوائل السبعينيات كان موسوماً باتجاهات مناوئة للمذهب العقلى  
وللبهرنة العلمية •

### النظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعى

تعكس نظريات الشخصية التى صاغها « فرويد » و « يونج »  
تأثير المناخ الاجتماعى نفسه الذى شكل وجهة التقدم فى البيولوجيا  
والكيمياء فى القرن التاسع عشر • فقد نظرا الى الفرد باعتباره نظام  
طاقة يتسم بالتركيب والتعدد ، بل يساعد على استمرار نفسه  
بتفاعلاته مع العالم الخارجى • كما أكدوا على مفهوم البقاء الفردى ،  
وانتشار الأجناس وتكاثرها ، والنمو الارتقائى • ومعنى ذلك أنه على  
الرغم من أن «فرويد» — على وجه الخصوص — قد تمهد بمبدأ بناء  
علم نفس عام فإنه مال الى التأكيد على الفرد على حساب البيئة  
الاجتماعية أو الثقافية التى وجد الفرد فى إطارها •

وكما هو الحال فى الغالب فإن التشدد فى اتجاه معين يفضى الى  
التشدد فى اتجاه معاكس له • فمبلى حين شغل العالم الأكاديمي



بالداروينية ونموذج التطور البيولوجي بدأ علم الاجتماع والأثروبولوجيا ( علم الانسان ) في الانبثاق والظهور ككظامين مستقلين في اهتماماتهما . وبينما كان «فرويد ، يونج » يؤكدان على أهمية المحددات البيولوجية والوراثية في تشكيل السلوك فان رد فعل الآخرين من واضعى نظريات الشخصية كان مع النظريات الاجتماعية الثقافية . ولقد أدى تجاهل «فرويد» النسبى للطارين الاجتماعى والثقافى اللذين يحدث فيهما السلوك الى هجر كثير من المنظرين اللاحقين لبدأ الحتمية البيولوجية والتخطى عنها تأييدا لبدأ الحتمية الثقافية .

وطبقا لوجهة النظر الاجتماعية النفسية فان الفرد يعد نكاجا للمجتمع الذى يعيش فيه . كما ينظر الى الشخصية من حيث تشكيلها بالمتغيرات الاجتماعية على نحو أكثر من المتغيرات البيولوجية . ومن بين العلماء الذين تبنوا النظرية التحليلية النفسية مع التأكيد على دور علم النفس الاجتماعى فيها تبرز أربعة أسماء : ألفريد أدلر ، وكارين هورنى ، وأريك فروم ، وهارى ستاك سوليفان .

فكل هؤلاء الأربعة كونوا — بطريق أو بآخر — رد فعل مضاد لتأكيد «فرويد» على الحاجات والفرائز البيولوجية ، ولكن لم يقم أى منهم باتخاذ موقف بيئى متطرف مؤكدين بالأدلة والبراهين أن شخصية الفرد انما تتكون كلية من خلال أوضاع المجتمع الذى ولد فيه .

وفى إطار تأكيدهم على متغيرات مختلفة فقد خصصوا للشخصية أبعادا اجتماعية تلائم الأبعاد البيولوجية التى توسع «فرويد ، يونج» فى تفصيلها . وفى حين لم يمتطوا لفكرة الدافعية اللاشعورية الا قليلا من اهتمامهم فقد بسطوا القول فى تناول الشخصية بمدخل نفسى داخلى intrapsychic من خلال سبر محدداتها الاجتماعية واكتشافها .

**الفريد أدلر Alfred Adler ( ١٨٧٠ — ١٩٣٧ )**

يعد « ألفريد أدلر » بمثابة الشخصية البارزة المؤسسة بين

واضحى النظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعى • ففى عام ١٩٠٢م دعاه «فرويد» هو وثلاثة آخرين الى تكوين مجموعة تحولت فيما بعد لتصبح «جمعية فيينا التحليلية النفسية» ، وبذلك فقد كان واحداً من الأعضاء المؤسسين لتلك الجمعية ، والتي أصبح رئيساً لها فى عام ١٩١٠م • الا أنه سرعان ما قام بتطوير أفكار تتعارض مع تلك التى طرحها «فرويد» فيما يتعلق بالنشاط الجنى *sexuality* ، وفى عام ١٩١١م - وقبل ارتداد «يونج» ( عن أفكار المدرسة النفسية التحليلية ) بعامين - عرض «أدلى» وجهات نظره على جمعية فيينا حيث تعرضت لنقد لاذع من أعضائها ، فقدم استقالته من الجمعية • ثم قام خلال أشهر قليلة بانهاء جميع صلاته وارتباطاته بمذهب «فرويد» فى التحليل النفسى ليشرع بعد ذلك فى تطوير نظريته الخاصة التى كانت مفاهيم الميول الاجتماعية والسعى فى سبيل التفوق والرفعة بمثابة حجر الزاوية فيها • وبرغم ذلك فقد استمر فى اظهار تأثره بارتباطه القديم بفرويد الذى كان زميله الذى يكبره فى السن بأربعة عشر عاماً •

• وقد أطلق «أدلى» على نظريته فى الشخصية اسم « علم النفس الفردى » برغم الحقيقة المعروفة عنه من تأكيديه على المجتمع بدرجة قوية جعلته يعد الكائن البشرى المنعزل بمثابة تجريد خال من أى معنى • من ناحية أخرى فانه كان يستخدم كلمة «الفرد» بالمعنى اللاتينى لكلمة *indivisible* أو « غير قابل للتجزئة » • وعلى النقيض من التصور التحليلى للشخص على ضوء أجزائه المكونة له فقد عد الفرد بمثابة وحدة غير قابلة للتجزئة •

كذلك افترض «أدلى» وجود قوة دافعية رئيسة تقع داخل الفرد ، وأنه يمكن النظر الى الحياة على أنها انتشار أو نمو تدريجى لذلك القوة • والانسان وفقاً لأدلى حيوان اجتماعى بالفطرة • ومن ثم فان علم النفس الفردى يؤكد على الوعى ، كما يركز على المعرفة والمسئولية

والمعاني والقيم • ويعد السلوك نتاجا للمكونات المعرفية بحيث ينتج عنها في نمط منطقي ، كما يتميز في الفرد العادي بالمعقولة أو المخطئة ، ولكنه يتميز في الفرد المضطرب عقليا « بالذكاء الشخصي private أو « المنطق الخاص » private logic » .

وعلم النفس لدى «أدلر» يشمل على نحو كامل مفهوم المنفى العضوى organismic والانسانى والفائى teleological وذلك على النقيض من مدخل «فرويد» الذى يتميز بالآلية والاختزالية والعلية (السببية) • ولقد كان «فرويد» مختزلا فيزيولوجيا أخلص الولاء على نحو صارم للمفهوم التحليلى والتجزئى elementaristic المادى (البدنى) للإنسان • من ناحية أخرى أراد «أدلر» لنفسه أن يكون مساعدا للجنس البشرى • فعلى العكس من افتراض «فرويد» الرئيسى الذى يقضى بأن الغرائز الفطرية تحدد السلوك الانسانى وتقرره ، وعلى العكس كذلك من اعتقاد «يونج» بأن النماذج الأصلية الفطرية هى التى تحدده وتقرره ، فقد افترض «أدلر» تحدد السلوك على نحو أولى بالدوافع الاجتماعية برغم أنه لم يعد الامكانية الاجتماعية فطرية • ولقد كان الكفاح من أجل التفوق والرفعة هو الدافع الاجتماعى الذى ركز عليه « أدلر » •

### الكفاح من أجل التفوق Striving for superiority

اعتقد «أدلر» بأن الدافع الانسانى الأساسى هو الكفاح من أجل التفوق كتعميىض عن مشاعر الدونية •

ولقد اعتقد «أدلر» فى الحقيقة بأن هناك قوتين دافعتين هما : الحاجة الى التغلب على الدونية والرغبة فى التفوق ، كما اعتقد بأن وجودهما معا فى الانسان أمر عادى • بيد أن النتيجة النهائية هى وجود قوة دافعية أساسية فى كل الكائنات الانسانية ، بحيث تفسر النماء الفردى والتقدم الاجتماعى •

وخلال ممارسته للطب العام قام «أدلر» بتطوير نظرية عن المرض ، وقد نشرها تحت عنوان « دراسة القصور العضوى والتعويض البدنى عنه » . وتقرر هذه النظرية أن الناس يتكشفون عن مرض أو يطورون خلاا وظيفيا في ذلك العضو أو الجزء الأضعف من أبدانهم . وتتخذ الاستجابة العامة لذلك الضعف صورة التعويض والتعويض المفرط عنه . فالشخص الذى يولد مثلا ببنية جسمية صغيرة وضعيفة قد يقضى ساعات كثيرة في رفع الأثقال لتنمية بدنه ( وتلك عملية تعويضية ) ، وقد ينتهى به تدريجه في النهاية الى أن يصبح مدربا متخصصا في التدريب على كمال الأجسام ( وتلك عملية تعويض مفرط ) . وبعد مرور سنوات عديدة وعندما بدأ «أدلر» في ممارسة الطب النفسى قام بتوسيع نظريته عن القصور العضوى بحيث شملت كل مشاعر القصور والدونية بما في ذلك مشاعر النقص الناجمة عن ضعف نفسى أو ضعف في العلاقات الشخصية المتبادلة أو النابعة من ضعف فيزيولوجى .

### الشذوذ المرضى

يمكن للسلوك المرضى الشاذ (العصاب) أن يحدث اذا بالغ الفرد في اظهار شعوره بالدونية والنقص أو بالغ في بذل جهوده من أجل التفوق . وقد استخدم «أدلر» مصطلح «مركب النقص» *inferiority complex* للإشارة به الى مثل هذه الاستجابة العصابية المبالغ فيها .

ان الاستخدام الشائع لمصطلح « مركب النقص » والذي يسوى بينه وبين مشاعر النقص المعتادة هو على العكس من المعنى الضيق الذى أقره «أدلر» ، فطبقا لأدلر (Adler, 1964, P.96) : « أن تكون انسانا يعنى أن تشعر بنقص في ذاتك » . وعلى الرغم مما ذكره كذلك — في سياق النمو العادى — من أن الكفاح من أجل التفوق هو تعويض عن مشاعر النقص ، وأن أسلوب الحياة التعويضى الناجم عن ذلك

والذى يقره الفرد ويتبناه — على الرغم من ذكره لذلك — فان مشاعر النقص التى تبدو على نحو أكثر بروزا وجلاء فى الطفولة قد تصبح فى طى النسيان .

ولقد كان «أدلر» على وعى بأنه « لا يمكن لأى واحد أن يتذكر أنه قد شعر أبدا بالنقص والدونية ، بل يحتمل كذلك أن يشعر كثير من الناس بالنفور أو الاشمئزاز من هذا التعبير ، ويودون لو أنهم اختاروا كلمة أخرى بدلا من النقص أو الدونية » (Liebert & Spiegler, 1978, P.77) . ومن الممتع حقا أن نلاحظ ما هنالك من تشابه بين وجهة نظر «أدلر» التى تقضى بأن الراشدين يغفلون عن مشاعر النقص التى مروا بها فى طفولتهم ، ووجهة نظر «فرويد» التى ترى أن الراشدين يغفلون عن مشاعرهم الجنسية الطفلية التى مروا بها فى طفولتهم ولا يعونها ، ووجهة نظر «بورجاتا» (Borgatta, 1954) التى ترى أنهم يغفلون كيف كانوا ملتصقين بحبالهم السرية وقت أن كانوا أجنة فى بطون أمهاتهم .

#### كارين هورنى ( ١٨٨٥ - ١٩٥٢ )

تعد «هورنى» واحدة من النساء الأوليات (انظر Horney, 1967) اللاتى أسهمن مبكرا فى هذا المجال . وقد تأثرت بخبرتها الشخصية على نحو واضح فى تحليلها للموضع الانسانى . وعلى العكس من «فرويد» لم تؤمن «هورنى» بأن الصراع مبيت فى طبيعة الكائنات الانسانية ، وأنه بالتالى أمر لا يمكن اجتنابه أو الفكاه منه . ولكن الصراع بالنسبة لهورنى ينشأ من الأوضاع والظروف الاجتماعية ، فقد آمنت (Horney, 1937, P.29) بأن العصابى انما هو شخص عانى من مشكلات خطيرة أسهمت البيئة الثقافية فى تكوينها أثناء فترة الطفولة ، ولم يتم حل تلك المشكلات على نحو مقنع مرض .

وقد تمكنت «هورنى» من تحديد عشر حاجات تم اكتسابها نتيجة

لحالة التعامل مع العلاقات الانسانية المضطربة • وقد أطلقت عليها صفة «العصبية» انطلاقا من اعتبار تلك الحاجات — من وجهة نظرهما — حلولا غير عقلانية للمشكلات التي يجابهها الفرد ، كما تفضي الى خلق مشكلات أخرى • وتتضمن هذه الحاجات الحاجة العصبية الى تقييد المرء لحياته ، وتحوله الى شخص قليل المطالب ، غير واضح ، معطيا للتواضع والاحتشام قيمة وقدرا أكثر مما ينبغي ، وتتضمن كذلك الحاجة الى بلوغ أعلى درجات الكمال ، والتخلي عن مهاجمة الغير أو الاغارة عليه ، والتحول الى الامتلاء بالخوف من الوقوع في أخطاء ، والبحث بصفة ثابتة عن أخطاء في الذات ، بالاضافة الى الحاجة الى استغلال الآخرين •

وفي منشور لاحق قامت « هورني (Horney, 1945) بتصنيف الحاجات العشر وتبويبها تحت ثلاثة عناوين رئيسية :

١ — التحرك بالقرب من الناس ، ويشمل حاجة المرء الى الحب والتقبل ، والتواضع أو الاحتشام القسري ، والحاجة الى شريك أو قرين يضطلع بأمور حياته وشؤونها •

٢ — التحرك بعيدا عن الناس ، وتشمل الحاجة الى الاكبر والاعجاب وبلوغ أعلى درجات الكمال •

٣ — التحرك ضد الناس ، ويشمل الحاجة الى النفوذ والسلطة ، والهبة والاعتبار ، والانجاز الشخصي •

وهذا التصنيف الثلاثي مشابه لما ورد مبكرا من تأكيد علم النفس الأكاديمي على ثلاثة انفعالات أساسية : الحب ( التحرك قريبا ) ، والخوف ( التحرك بعيدا ) ، والغضب ( التحرك المضاد ) •

إريك فروم (Erich Fromm) ( ١٩٠٠ — )

تعد كل المشاعر والتصرفات بالنسبة لفروم محاولات للعثور على

اجابة للوجود ، ومحاولات كذلك لتجنب الخبل . وقد عكس «فروم» السؤال المعتاد : لماذا يغدو بعض الناس مرضى عقليا؟ ليسال : لماذا يتجنب معظم الناس الوقوع في براثن المرض العقلي؟ موحيا بذلك الى أن الفارق الوحيد بين الصحيح عقليا والعصابى يكمن في عبور الفرد السليم على اجابة لوجوده تشبع معظم حاجاته .

وقد اعتقد «فروم» بأن ثمة تناقضا أساسيا في الوضع الانسانى: ذلك بأن الانسان جزء من الطبيعة وهو منفصل عنها كذلك ، كما افترض أن الوجود الانسانى والتحرر من السلوك المحدد بحكم الغريزة غير قابلين للانفصال عن بعضهما طبقا لتعريفهما ، والانسان مجابه على نحو مستمر بالخيار بين أسلوبين مختلفين لسلوكه أو نشاطه . وهذا الاختيار ليس برهانا فقط على أنه حيوان مفكر على نحو مميز ، بل انه يبيح لفروم كذلك (Fromm, 1941, P. 51) تحديد واحد من أفكاره الرئيسة المتعلقة بالحرية ، فالحرية تفضى الى كل من الاحساس بمشاعر القوة والسيطرة والاحساس بمشاعر العزلة ، وانعدام الأمن ، والتجرد من النفوذ والسلطة ، والشعور بالتفاهة والحقارة . وهذا الاحساس الثانى يفضى بالمرء الى الشك والارتياح في المغزى الحقيقى لحياته . وقد أكد «فروم» على مشاعر العزلة وانعدام الأمن مؤمنا بأن الشخص يشعر ويحس بهذه الطريقة نظرا لأنه قد غدا منفصلا عن طبيعته وعن الآخرين ممن حوله من الناس .

لقد عد التناقض الأساسى في الوضع الانسانى بمثابة محدث لخمس حاجات أساسية هي: الحاجة الى الاتصال بشيء ما أو التعلق به Relatedness ، والحاجة الى السمو والتفوق Transcendence ، والحاجة الى الرسوخ والثبات Rootedness ، والحاجة الى هوية ذاتية، والحاجة الى اطار مرجعى . وقد عرف «فروم» (Fromm, 1955, P.30) الحاجة الى الاتصال بشيء ما أو التعلق به — والتي عدها بمثابة سلامة العقل وصحته التي يعتمد عليها الانسان — بأنها الضرورة التي تحتم

اتحاد الانسان مع غيره من الكائنات الحية الأخرى ليكون على صلة واتصال بها ، موحيا بأنها تشكل أساس كل المشاعر والأفعال التي يطلق عليها « الحب » .

ومما يرتبط ارتباطا وثيقا بحاجة المرء الى الاتصال والارتباط وجوده كحيوان أو مخلوق سلبى مستسلم ، وتلك حالة لا يمكنه تقبلها نظرا لما وهب له وتميز به من عقل وخيال . « فهو مدفوع بدافع التسامى والعلو بدور المخلوق ، أى التسامى والترفع بعرضية وجوده وسليبيته ، بتحوله الى خلاق مبدع » (Fromm, 1955, P. 38) .

ان تسامى المرء وترفعه بدوره كمخلوق يفضى الى انقطاع الروابط والجذور الطبيعية ، والذي يمكن أن يتحقق على نحو آمن فقط الى الحد الذى يمكن معه احلال « الجذور الانسانية » محل تلك الروابط والجذور الطبيعية . وقد آمن « فروم » بأن كل الناس لديهم حاجة الى التعلق بشئ ما ، أو شخص ما ، أو مكان ما .

أما عقل الانسان وملكة خياله فانهما كذلك متصلان اتصالا وثيقا بوجود حاجة الى هوية ذاتية وحاجة الى اطار مرجعى . فهاتان الحاجتان معا بالاضافة الى فقدان الانسجام الاصلى مع الطبيعة ، وحقيقة حتمية قيام الانسان باتخاذ القرارات ، ووعيه بذاته وادراكه لها ككائن مختلف عن الآخرين — هذه كلها معا — تجعل عقل الانسان وخياله يفرضان الى ايجاد حاجة للشعور بالهوية الذاتية التي هي حيوية ومهمة للإنسان الى حد كبير ، بحيث لا يمكنه معه أن يظل سليم العقل والنفس اذا لم يجد لنفسه طريقا ما الى اشباعها (Fromm, P. 61) ، وقد ذكر « فروم » تلك الحاجات على أنها تعليل لاحتياج الفرد فى عالمه الى أن يتخذ لنفسه وجهة عقلية ونفسية وبدنية .

هارى ستاك سوليفان Harry Stack Sullivan ( ١٨٩٢ — ١٩٤٩ )

عد هارى ستاك سوليفان — كما فعل « أدلر » — الكائن الانسانى



المنعزل عن مجتمعه تجريدا لا معنى له • فالشخصية بالنسبة لسوليفان كينونة افتراضية لا يمكن عزلها عن الحالات والمواقف الشخصية المتبادلة • وانه لأمر لا معنى له أن نتحدث عن الفرد بوصفه هدفا أو موضوعا للدراسة ، نظرا لأن الفرد لا يوجد — ولا يمكنه أن يوجد — بعيدا عن علاقاته بالآخرين من الناس • أن الوحدة التي يجب دراستها بالنسبة لسوليفان ليست الشخص نفسه بل هي الموقف الخاص بالعلاقات بين الأشخاص • وعلى حين يدرس «أدler» الفرد فإن «سوليفان» يركز على مواقف العلاقات بين الأفراد •

ولقد كان «سوليفان» مهتما بدراسة التواصل بين الناس ، وقد أوجد نظرية الطب النفسي الخاص بالعلاقات بين الأشخاص • فطبقا لعلاقة نظريته بالشخصية فإن المعتقد الاساسى لنظريته هو أن الشخصية نمط ثابت نسبيا للمواقف المتكررة الخاصة بالعلاقات الشخصية المتبادلة والتي تميز الحياة الانسانية (Sullivan, 1953, P.111) ، وقد طور «سوليفان» مفهوم «الملاحظ المشارك» participant observer •

وفي دراسته للتواصل بين مجموعتين من الناس فقد وجد «سوليفان» أن الطبيب النفسى ليس مجرد شخص ملاحظ فقط ، بل بالإضافة الى ذلك فإنه مشارك حيوى فعال فى الموقف الخاص بالعلاقات بين الأشخاص • والتحليل النفسى — بالحاحه على التحليل التدريجى — قد أقر بأن للطبيب النفسى فهمه وإدراكه الخاص ، وكفاءته المهنية ، ومشكلاته الشخصية التي يتعامل بها • ولكن ملاحظات «سوليفان» ومشاهداته قد تجاوزت هذا النطاق • فبالنسبة له «فإن المعرفة المنظمة فى الطب النفسى كعلم ... تتبع ... من الأفعال والتصرفات المميزة أو من العمليات التي يشارك فيها الطبيب النفسى ... وهى وقائع وأحداث فى المجالات الخاصة بالعلاقات الشخصية بين الناس والتي تتضمن الطبيب النفسى كذلك » •

## نقد النظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعي

طرح عدد كبير من النقاد تساؤلات حول أصالة النظريات النفسية الاجتماعية ، حيث أشاروا الى أن تلك النظريات هي مجرد تفصيل لجانب واحد من التحليل النفسى التقليدى : وهو الأنا ووظائفه . فكل الحاجات التى سلم بها أصحاب النظريات النفسية الاجتماعية سبق وأن وضعها «فرويد» في اعتباره . عند تقديمه لمفهوم دفاعات الأنا . ومن هنا فإن تلك النظريات لم تصف شيئا جديدا ، بينما قامت بحذف مقدار كبير من المعلومات واستبعادها . ولقد تجاهل أصحاب تلك النظريات الأساس البيولوجى للشخصية الانسانية — والذى يعد على جانب كبير من الأهمية — بإسهابها المطنب في الحديث على وجه الحصر عن المظاهر الاجتماعية لتلك الشخصية .

ومن الانتقادات التى توجه أحيانا ضد مفهوم الانسان كما قدمه «أدلر» و «هورنى» و «فروم» أنه مفهوم مثالى أكثر من اللازم . ولقد أوجى بعض الكتاب بأن هؤلاء الثلاثة معلمون أخلاقيون وليسوا بعلماء . وأن مفهومهم عن الشخص لم يكن نتاجا لبحوث أو ملاحظات بقدر ما كان نتاجا لتصورات أو لأفكار معيارية كونوها سلفا ، وبالتالي فقد أخفق ذلك المفهوم في شرح السبب في أن الناس اذا كانوا في غاية الوعى بذواتهم ، وفي غاية المعقولية ، وفي غاية الاجتماعية — ومع ذلك فإنهم يطورون عبيدا من الأنظمة الاجتماعية غير المكتملة (Frank, 1966; Hall & Lindzey, 1978).

## النظريات المعرفية

منذ عام ١٩٦٠م بدأ التأكيد يتزايد على استخدام الأساليب والداخل العقلية المعرفية الى دراسة الشخصية ، كما ظهرت محاولات عديدة لاستخلاص أبعاد الشخصية من الفروق الفردية المتضمنة في

العمليات المعرفية . ومع هذا التأكيد على تلك العمليات أضحي العلماء يؤكدون لا على محتوى تفكير الفرد وما يفكر فيه ، بل على أسلوب تفكيره وكيفية حدوث هذا التفكير .

بيد أن التعامل مع الأساليب المعرفية باعتبارها خصائص مميزة للفرد تميل الى الثبات عبر مختلف المواقف ، ومن خلال الافتراض بوجود ارتباط وثيق بين تلك الأساليب والجوانب الأخرى من سلوك الفرد وخبرته فإنه يمكننا القول بأنها نظريات للشخصية على الأصح لا نظريات في الإدراك .

ومن الأمثلة التي توضح هذا الاتجاه المعرفي في تناول الشخصية بالدراسة نظرية «ويتكين» في التفريق والتمييز differentiation ونظرية «كيلي» في المكونات الشخصية ، ونظرية «فيسستجر» في التناظر dissonance المعرفي ، وأسلوب العلاج العقلاني الانفعالي لـ «اليس» . وسنعرض لكل منها بشيء من التفصيل في الصفحات التالية .

### ويتكين ( ١٩١٦ - )

تعد نظرية «ويتكين» في الشخصية (Witkin et al., 1954) (1962) أنموذجا بالغ التأثير والتفريق في هذا الصدد اذا ما قورنت بالأعمال التي قدمها كل من «فرويد» و «يونج» وغيرهما من المنظرين الذين سبق أن عرضنا لهم في الصفحات السابقة . وقد نمت نظريته من خلال ما قام به من ملاحظات للفروق الفردية بين مجموعة من الأفراد الذين كلفوا بالقيام بمهمة ادراكية أطلق عليها «اختبار العصا والاطار» (Asch & Witkin, 1948a) Rod-and-Frame Test : فقد اجلس كل فرد من أفراد الدراسة في غرفة مظلمة تماما ، ثم طلب منه القيام بتمديد موقع عصا مضيئة لتصبح رأسية (عمودية) تماما عندما تحاط العصا بإطار عبارة عن مربع مضيء ، وبحيث يمكن إمالة

العصا والاطار والمفحوص جميعا لتصبح فى مواقع مستقلة عن بعضها  
بعضا .

وقد افترض «ويتكين» أن الأساس الذى يقوم عليه أداء المفحوص فى اختبار العصا والاطار يتمثل فى قدرته على التغلب على المحيط الذى يطمر العناصر الأساسية فى الاختبار ، أى فى قدرته على تجاهل جوانب غير متصلة اتصالا وثيقا بحالة الاختبار بحيث تظل المفحوص عن الأداء السليم ، أو قدرته على الاقلال من التأكيد على تلك الجوانب حتى يتمكن من التركيز على الجوانب التى تمده بأساس للأداء السليم .  
كذلك فقد درس «ويتكين» العلاقات بين درجات المفحوصين التى حصلوا عليها فى هذا الاختبار وفى اختبارين ادراكيين آخرين افترض فيها قياس قدرة المفحوصين على التغلب على السياق الطامر أو المضلل عن الأداء السليم وهما : اختبار تعديل البدن The Body--Adjustment Test الذى يتم فيه اجلاس المفحوص على كرسى فى غرفة بحيث يمكن امالة المفحوص والكرسى بصفة مستقلة أحدهما عن الآخر (Asch & Witkin, 1948b; Witkin & Asch. 1948) ، و «اختبار الأشكال المضمورة The Embedded Figures Test الذى يشتمل على شكل بسيط مخفى فى شكل هندسى معقد (Witkin, 1965) .

وتدور نظرية «ويتكين» فى الشخصية حول « التمييز أو التفريق » كمفهوم أساسى (Lewin, 1935 , Werner, 1948 , Witkin , et al, 1962) وهناك ارتباط واضح بين مفهوم التمييز أو التفريق والقدرة على تمييز الخط الرأسى الحقيقى أو تمييز رقم مضمور فى خلفية غامضة مشوشة . ولكن الارتباط فى هذه النظرية يشير الى تعقد التنظيم البنائى . فالنمو النفسى مثلا يصحبه تمييز متزايد . وقد افترض «ويتكين» أن درجة التمييز التى ينجزها فرد ما سوف تنعكس فى طائفة متنوعة من الأنماط السلوكية ، وأن مؤشرات التمييز المستخلصة من

أنماط سلوكية مختلفة سوف ترتبط بعضها ببعض ارتباطا إيجابيا •  
ومهما كان الأمر ، فإن مدى قيام «ويتكين» بقياس أى شيء آخر غير  
الذكاء مازال موضع نقاش وتساؤل •

### كيلى ( ١٩٠٥ - ١٩٦٧ )

طرح «كيلى» (Kelly, 1955, 1958; 1963) رأيا مفاده أن  
الشخص يتفاعل مع عالمة المحيط به بالطريقة ذاتها التى يتفاعل بها  
العالم ، حيث يقوم بوضع الفروض واختبارها ، وتعتمد هذه الفروض  
على الأسلوب الذى يتخذه الفرد فى تنظيم خبرته وتفسيرها • ونظرا  
لأن كل فرد يقوم بتفسير خبرته على نحو مختلف عن غيره فإنه يشار  
الى نظرية «كيلى» باعتبارها « نظرية التكوين الشخصى - Personal  
construct theory » • ويعد تصور «كيلى» لمفهوم كل من القلق والتهديد  
والانتم من أكثر ما تتميز به نظريته من خصائص ذات دلالة مهمة  
بالنسبة لعلم النفس المرضى •

وفى الصياغات التقليدية يقوم علماء الشخصية غالبا بالربط بين  
القلق والتهديد مما كمفهومين متكاملين • فالقلق هو ما يعانى به الفرد  
استجابة لوضع بيئى مهدد • انه إشارة تنذر باحتمال وقوع حدث  
بغض أو مؤلم • ولكن القلق والتهديد - بالنسبة الى «كيلى» - شيان  
مختلفان كل الاختلاف •

ويرى «كيلى» أن الشخص يعانى من القلق اذا لم يمدّه جهازه  
التكوينى بوسيلة يتعامل بها مع خبرة ما من الخبرات ، أو حين يعجز  
عن تسمية خبرة ما أو احلالها داخل ذلك الجهاز • وعلى العكس من  
ذلك فإن الشخص يعانى من تهديد ما حين يشعر بأن تغيرا أساسيا على  
وشك الحدوث فى جهازه التكوينى • فاذا كان التغير بالغ العمق والقوة،  
واذا ما جوبهت تكوينات أساسية عديدة متكاثرة بالتمدّد فإن ذلك

قد يفرض بالشخص الى الانتحار . وطبقا لوجهة النظر هذه فان التهديد حالة داخلية كالقلق ولا يمكن لمن يعاني منه أن يلقي باللوم على أحد آخر ، فسيطرة المرء على حياته ومصيره يعد أمرا شغفيا .

وقد تصور «كيلي» مفهوم الائم أو الذنب بطريقة مشابهة لتصور علماء النفس الذاتيين ( انظر أضاءه ) . فقد افترض أن الشخص يقوم بتفسير سلوكه الخاص وسلوك الآخرين كذلك من حيث تعلقه بجهاز تكوينه الشخصي ، فبمجرد تحديد الفرد لموقع سلوكه داخل هذا الجهاز فإنه يستطيع تحديد ذاته ، وهويته الشخصية ، بأنه أمين مستقيم ، يؤدي عمله بحماسة وإصرار ، موجز مختصر ... الخ . ولكن سلوك المرء قد لا يتسق في بعض الأحيان مع الجهاز التكويني . وطبقا لكيلي فإن من يعانون من شعور بالائم يدركون ما بين سلوكهم وجهازهم التكويني من فجوة وتناقض ، وهو ما أشار اليه «كيلي» على أنه خبرة موهنة مضعة للذات .

ويمثل التطبيق العملي الرئيس لنظرية «كيلي» من خلال تطويره لاختبار دور الذخيرة التكوينية *the Role Construct Repertory Test* (Keely, 1955) ، ولكن هذا الاختبار قد استخدم مع طلاب الكليات الجامعية أكثر من استخدامه مع المصابين على نحو جلي بمرض عقلي، كما أن الاهتمام بتلك النظرية قد انقرض فيما يبدو (Corsini, 1978) .

### فيسنجر ( ١٩١٩ - )

يعتقد «فيسنجر» بأن عدم الائتلاف والانسجام بين جوانب المجال المعرفي للمرء - والذي سماه بالتناظر المعرفي *Cognitive dissonance* - يفرض الى حالة من التوتر ، وأن المرء يكون مدفوعا عندئذ الى تخفيف هذا التوتر بإزالة التناظر والتخلص منه . وعلى الرغم من تشابهه مع «كيلي» فإنه لم يقم بالتأكيد على العقلانية كما

فعل «كيلي» فهو أكثر شبها بفرويد من حيث اعتباره الفرد ميالا الى تشويه الواقع في محاولته تجنب المتأفر .

البرت اليس ( Ellis, 1913 )

قام « ألبرت اليس » ( Ellis, 1958; 1962, 1967, 1977, Ellis & Grieger, 1977) بتقديم طريقة علاجية اعتمدت على مقدمة منطقية تقضى بأن الناس يتحكمون في أقدارهم بما يحملونه من قيم ومعتقدات ويتصرف بموجبها ( Ellis, 1977, P.3) . وقد افترض «اليس» أن الناس يغدون مضطربين لأنهم حيوانات مفكرة يتصرفون على نحو غير مميز طبقا للأفكار زائفة . وقد أطلق على طريقته العلاجية اسم « العلاج الانفعالي العقلاني Rational-emotive-therapy » وهو اسم يؤكد أهمية التفكير العقلاني لدى «اليس» .

وطبقا لما قرره «اليس» فإن الناس لا يستجيبون بشكل مباشر للأحداث والمواقف التي يواجهونها ، بل يقسمون أولا بتفسيرها وتقييمها . وفي حالة السلوك المرضي فإن هذا التفسير وذلك التقييم يتضمنان قيام الفرد بوضع تقريرين عن نفسه ، أولهما يتعلق بسلامته وصحته العقلية وما لذلك من تأثير يجعله غير راض عن دوره في تلك الوقائع والأحداث . وثانيهما يتعلق بخبله وجنونه بحيث يؤدي الى استنتاج غير صحيح ، وبحيث يجعل بظهور الاستجابة الانفعالية .

وتعكس كل تقاير عجم سلامة العقل واختلال صحة معتقدات المرء ونظم قيمه وفلسفاته في الحياة ، والتي تتسم جميعها باللامعقولية . وقد قام «اليس» ابتداء بتعداد تلك المعتقدات اللامعقولة تحت عشر عناوين رئيسة أو ما يربو على ذلك ، ولكنه قام في وقت لاحق (Ellis, 1977, PP. 12 14) بتعدادها باعتبارها ثلاث أيولوجيات :

أولا : يتحتم على المرء أن يكون كفؤا مقتدرا كل الاقتدار ، وأن يحوز الاستحسان في كل شيء . \*

ثانيا : يتحتم على الآخرين أن يكونوا رحماء عطوفين مراعين لمشاعر الغير ، والا عوقبوا عقابا صارما بسبب انتهاكاتهم وما اقترفوه من اثم . \*

ثالثا : يجب أن تكون الأوضاع التي يعيش في ظلها الفرد ملائمة بحيث يسير كل شيء فيها سيرا حسنا ، ولا شيء فيها يسير سيرا خاطئا .

هذا ويقصد «أليس» باللامعتولية « أى تفكير أو انفعال أو سلوك يفرض على عواقب مقبلة كهزيمة الذات واحباطها أو تدميرها أو غير ذلك مما يعترض على نحو خطير سعادة الكائن أو بقاءه على قيد الحياة » .

### نقد النظريات المعرفية للشخصية

تعرض أصحاب نظريات الشخصية ذات التوجه المعرفي للنقد ذاته الذى تعرض له أصحاب النظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعى . وبالتقدير نفسه الذى حصر فيه الأولون اهتمامهم بوظائف الأنا . ومهما يكن من أمر فإن تأكيدهم على المعقولية والارادة الحرة قد فاق تأكيد المنظرين للنظريات النفسية الاجتماعية عليهما ، وقد احتلوا في هذا الجانب موقعا وسطا بين المنظرين من ذوى التوجه الاجتماعى والمنظرين الذاتيين أو أصحاب نظرية الذات . \*

### نظريات الذاتية والذات

هناك عدد من النظريات النفسية التى يشار اليها على نحو واسع بالنظريات الظواهرية لـ Phenomenological . ولكن مثل هذا المصطلح قد يكون مضللا . فقد عرف «هوسيرل» (Husserl, 1969) علم الظواهر



بأنه « الوصف المفصل للظواهر كما تبدو في الوعي أو الشعور » .  
 ويتركز اهتمام هذه النظريات بشكل رئيس في وصف مثل هذه الظواهر  
 (Kockelmans, 1971) . وتقوم هذه النظريات النفسية — التي تم  
 وصفها باعتبارها «ظواهرية» — على مسلمة أساسية تتمثل في مفهوم  
 الحتمية التامة للسلوك بوساطة تلك الظواهر ، والذي تشير اليه تلك  
 النظريات بوصفه « المجال الإدراكي » : فالسلوك وظيفة لا تدل على  
 الحدث الخارجي بل تدل على ادراك الفرد لذلك الحدث (Combs &  
 Snygg, 1959) . وتهتم هذه النظريات بتأثيرات المجال الإدراكي على  
 السلوك أكثر من اهتمامها بوصفه ، ومن ثم فإن تسمية تلك النظريات  
 «بالذاتية» ربما كان أكثر دقة من تسميتها «بالظواهرية» (Ashworth;  
 1976) .

وعلى الرغم من أن بعض الذاتيين — كروجرز مثلا (Rogers  
 1959) — قد توسع في مفهوم الادراك ليشمل الادراك اللاشعوري  
 للأشياء بطريقة مشابهة للادراك ناقص الوعي subliminal (انظر الفصل  
 الرابع) فإن نظرة الذاتيين الى الشخصية عموما هي أن الواقع انما  
 يكون واقعا طبقا لادراكه . فما هو واقعي أو حقيقة بالنسبة لفرد ما هو  
 ما يتم ادراكه في اطار الخبرة الذاتية لذلك الفرد ، وبحيث يشمل  
 كل شيء يدركه الفرد ويعيه في لحظة معينة من الزمن . ويتجلى هذا  
 الموقف بوضوح في التعبيرات الشائعة مثل : « القرد في عين أمه غزال » :  
 Beauty is in the eye of the beholder أو مثل : « طعام زيد قد يكون  
 سما لعمرو » One man's meat is another man's poison .

ويؤكد الذاتيون على أهمية المعرفة الذاتية في تقرير التصرفات  
 والأفعال ، كما يؤكدون على أهمية احراز شيء من التفهم لوجهة النظر  
 الذاتية التي يراها شخص آخر عندما نحاول فهم سلوكه والتنبؤ به .

وفي معرض تفسيرهم للسلوك المرضى الشاذ ذكر المنظرون

الذاتيون الادراكات المرضية الشاذة ، وعند قيامهم بتفسير تلك الادراكات أعطوا دورا رئيسا للادراك الشعوري للذات كموضوع self-as-object أو ما اصطلح على تسميته بمفهوم الذات self concept والذي يعد محددا للكيفية التي يرى بها الشخص الأشياء ويفسرهما ويتصرف بموجبها . وتعد هذه الفكرة الأخيرة بالاضافة الى الوظائف العليا للعقلانية والارادة الحرة نقاطهم الرئيسية التي أكدوا عليها بشكل واضح .

### مفهوم الذات Concept of self

إذا نظرنا الى مصطلح «الذات» بلغة الحياة اليومية (العامة) فسنجده مرادفا لكلمة «الشخص» و «الفرد» و «الكائن» . أما في الكتابات النفسية فانه يحمل معنى أكثر تحديدا ، حيث يشير الى تكوين عقلى داخلى للفرد .

ولقد استخدم هذا المصطلح قديما ليشير الى تفسير البدء بالسلوك (Calkins, 1909, 1915, 1916, 1919, 1927) والذي كان شبيها بمفهوم الروح soul لدى أفلاطون (Viney, 1969) . ولقد كان مفهوما نزوعيا : الذات كموضوع (أى كفاعل أو مبتدأ فى اللغة الانجليزية) مثل «أنا» فى العربية (الضمير المستتر فى الفعل أرى من جملة «أرأى») ، وإذا ترجم الى اللغة اللاتينية فانه يعنى الإنا the ego فى علم النفس الفرويدى . وهو مفهوم ضمنا من نظريات نفسية كثيرة ، ولكن النظريات التى أعقبت «واطسون» — مع احتمال استثناء «ماسلو» — أى التى نمت وتطورت فى عصر علم النفس السلوكى قد ركزت اهتمامها على الذات كمفعول به object كالكلمة فى جملة «أرأى أى على الذات الواقعية العملية أو الموضوعية .

ويدين مفهوم الذات كموضوع self-as-object بالكثير لويليام

جيمس (James, 1890) • ويشير هذا المفهوم الى معرفة الفرد لذاته وتقييمه لها • وقد استأثر تعريف « سنيج ، كومبس » (Snygg & Combs 1949, P.58) للذات الظاهرية بهذا المفهوم باعتباره شاملا « لكل تلك الأجزاء المكونة للمجال الظاهري الذي يخبره الفرد كجزء من ذاته أو خصيصة مميزة لها » ، كما يوجد صراحة في معظم النظريات الذاتية التي تستخدم تعبيرات مثل المدركات الذاتية ، والتقييمات الذاتية ، والنقد الذاتي وشعور المرء بارتياح نحو ذاته ، اذ تشير كل هذه التعابير الى مفهوم الذات كموضوع •

### العقلانية Rationality

يؤكد المنظرون الذاتيون — شأنهم في ذلك شأن المنظرين المعرفيين — على الوظائف الانسانية «العليا» وبخاصة العمليات المعرفية • وفي هذا المقام يتخذ الذاتيون موقفا مغايرا لمن سبقهم من المنظرين ممن أكدوا على الوظائف الدنيا كالدوافع والحاجات والانعكاسات ، والتي تعد عمليات وجدانية أساسا • وقد اعترف المنظرون الذاتيون بالوظائف الدنيا ، ولكنهم يفترضون ضالة قيمتها في تفسير السلوك الانساني • فالسلوك الانساني — في صورته النمطية — سلوك اجتماعي • والفرد يظل نشيطا بعد أن يتم خفض دوافعه البيولوجية ، وبعد اشباع حاجاته • ومن هنا فانه يتحتم تفسير السلوك الانساني بمصطلحات أخرى • وبناء عليه فان المنظرين الذاتيين — أكثر من أى فريق آخر — يفترضون عقلانية الفرد ، وأن تصرفاته ستكون استجابة منطقية للعالم المحيط به طبقا لادراكه له • وانطلاقا من هذه النقطة وحدها يمكن لـ«توماس ساس» أن يكتسب قوته بوصفه واحدا من العلماء المشتغلين بالذاتية •

### الارادة الحرة Free will

مع تأكيد المشتغلين بالذاتية على عالم الظواهر وعلى التفكير

العقلاني يأتي التأكيد بصورة ضمنية على الإرادة الحرة. وفرصة الاختيار المتاحة للفرد. وتعد عبارة «ويجروكي» (Wegrocki, 1939) القائلة «إن الاستجابة الهذائية Paranoid الحقيقية تمثل اختيار الشخص الشاذ أو اللاسوي» مثالا جيدا لهذا الافتراض. ولكن افتراض الإرادة الحرة أكثر أهمية في توجيه التدخل العلاجي ( انظر الفصل الثاني عشر ) عن شرح حدوث السلوك المرضى الشاذ. وفي الحقيقة فإن معظم المشتغلين بالذاتية أفضل كمعالجين منهم كمنظرين.

### ماسلو Maslow ( ١٩٠٨ - ١٩٧٠ )

وجه «ماسلو» انتقاده الى علم النفس لاسبابه في التعامل مع ضعف الانسان بدلا من اهتمامه بجوانب قوته. فدراسة الصراع والقلق والخوف والذنب والعداوة لم تتم بقدر متوازن مع دراسة الضحك والدعابة والمرح والحب، أضف الى ذلك ما هنالك من تأكيد على تجنب الألم بدلا من طلب اللذة والتسرور والبحث عنهما. ومن هنا فقد حاول «ماسلو» تصحيح هذا التوازن، فقام بوضع نظريته على أساس من دراساته التي أجراها على أشخاص أسوياء مبدعين.

وقد وضع «ماسلو» (Maslow, 1967) افتراضا أساسيا يقضي بأن للجنس البشري حاجة أو دافع فطري الى تحقيق امكاناته، فلديه ارادة حرة من أجل تحقيق سلامته وصحته، ولديه دافع من أجل تحقيق نمائه، أو تحقيق امكاناته الانسانية. ويتكون النمو السوي والصحي من التعبير عن هذه الحاجة، أي من عملية تحقيق امكاناته، في حين ينظر الى اللاسوية أو الشذوذ باعتبارها نتاجا لاحتباط تلك الحاجة. ونظرا لأن الدافع الى ذلك التحقيق ليس قويا بدرجة قوة الغرائز الحيوانية ذاتها فإنه من السهل تأثرها بالعادة والضغط الثقافي والاتجاهات المعاكسة غير الملائمة. وعلى كل حال فإن أزالته والتخلص منه لا تتم مطلقا.

ومن الانتقادات الرئيسة التي وجهت الى نظرية «ماسلو» أنه قد استمد بياناتها من عينة صغيرة جدا ، مع افراط في تعميم نتائجها . فقد أجرى دراسته على أربعة وعشرين مفحوصا فقط ، وقد حذرهم جميعا وفقا لمعايير الخاصة غير المحددة والمتعلقة بتحقيق الفرد لذاته . كما قام باعطاء اختبارات واجراء مقابلات شخصية لعدد أقل من نصف العينة الكلية (Schultz; 1976) .

### روجرز (Rogers) (١٩٠٢ - )

يعرف «كارل روجرز» ابتداء بأسلوبه في العلاج النفسي المسمى بالعلاج غير الموجه أو المباشر nondirective أو العلاج النفسي المركز حول العميل ( انظر الفصل الثاني عشر ) والذي تتمتع بشعبية كبيرة خلال أواخر الخمسينيات وعقد الستينيات . وقد ارتبط أسلوبه العلاجي تاريخيا بعلم النفس أكثر من ارتباطه بالطب ، كما يعد سهل التعلم نظرا لأنه لا يستلزم الا قدرا ضئيلا — بل يكاد يكون منعدها — من المعرفة بديناميات الشخصية وتشخيصها . وفضلا عن ذلك فان فترة العلاج قصيرة نسبيا اذا قورنت مثلا بالتحليل النفسي ، كما يقال ان بعض العملاء (المرضى) يستفيدون منه بعد قضاء عدد قليل من الجلسات العلاجية (Hall & Lindzey, 1978) . ويرجع جزء كبير من السبب في ذلك الى أن «روجرز» — من وجهة نظر فلسفية — قد دمج نفسه بماسلو من حيث اعتقاده بأن للفرد امكانيات فطرية تمكنه من النماء على نحو سليم ومبدع .

وقد افترض «روجرز» (Rogers, 1951, 1959, 1961) أن كل فرد لديه حاجة الى تقدير ذاته على نحو ايجابي ، وانطلاقا من اتساقه مع توجهه الذاتي فقد عرف المرض العقلي بأنه اخفاق المرء في تقدير ذاته بصورة ايجابية ، أو بأنه تفاوت مفرط بين مفهوم الذات والمفهوم المثالي . ونظرا لنمو مفهوم الذات من خلال ذلك المرء لتقييم الآخرين

له فان مرض المرء عقليا واخفاقه فى تحقيق امكاناته يرجعان بصفة جوهرية الى اخفاقه فى الحصول على احترام ايجابى من الآخرين (Krause, 1964) .

### نقد نظريات الذاتية والذات

لا يمكن لأحد أن يبرهن على عدم وجود الخبرة الذاتية • وترتبط النقاط الرئيسية فى الاختلاف مع وجهة نظر الذاتيين بقابلية الخبرة الذاتية وطواعيتها للدراسة العلمية (Smith; 1950, Millon, 1967) ، وما اذا كانت تلك الخبرة محددة للسلوك ومقررة له أو أن السلوك هو الذى يحددها ويقررها ( قارن ذلك بنظرية « جيمس لانج » فى الفصل الخامس ) • وترتبط وجوه الانتقاد الأخرى بالتركيب أو البناء غير المحكم أو الدقيق للنظريات الذاتية ، وبالمثالية التى تشاركها فيها للنظريات النفسية ذات التوجه الاجتماعى (Millon, 1973) .

### خلاصة واستنتاجات

النظريات النفسية لسببية الأمراض النفسية هى تلك النظريات التى تعد « السبب الجوهري » للسلوك المرضى الشاذ كامنا فى عقل الفرد • وتتراوح مفاهيمها النوعية بين اللاشعور والشعور ، بين الغرائز الحيوانية والقيم الاجتماعية ، وبين أنماط من التذكر واتخاذ القرارات • وهى كلها مفاهيم متقاربة الى حد ما : فسواء أطلق عليها اسم الأنا أم الذات فانها جميعا تسلم باتخاذ القرار ، أى تسلم بعملية تنفيذية أو بتكوين (بناء) داخل العقل •

كما أن هناك ارتباطا بين نظرية سببية الأمراض ونوع الشذوذ الذى تنصب عليه الحراسة • فقد قام كثير من العلماء المشتغلين بالبيولوجيا الطبيعية بتقديم أفكارهم بينما كانوا على اتصال بأفراد مقيمين فى مؤسسات ايوائية ، ومن هنا فان النظريات الناتجة عن هذه

الأفكار تنطبق بصفة أساسية على حالات بالغة الشدة من المرض العقلي كالذهان ، والفصام ، وذهان الهوس والاكتئاب ، والتخلف العقلي والأعراض المخية العضوية . من ناحية أخرى فقد عمل « فرويد » والغالبية العظمى من أصحاب النظريات النفسية في عيادات خاصة أو في مراكز للإرشاد النفسى وذلك بصفة أساسية . وتعد نظرياتهم بالضرورة نظريات خاصة بالشخصية . وقد اهتموا بتفسير السلوك وبخاصة السلوك السوى أكثر من الأمراض . وبقدر ما تعامل هؤلاء العلماء مع قضية الشذوذ أو اللاسوية فانهم قد اهتموا على نحو أساسى بمشكلات الحياة ، وبالقلق ، وأنواع العصاب المختلفة . ولكن « ماسلو » قد وصل الى وضع متطرف بدراسته لما قد يعد بمثابة أفراد متفوقين أو ممتازين الى حد بعيد ، وقام بتقديم نظرية اهتمت بتحقيق الكمال أكثر من اهتمامها بالتخلص من وجوه النقص والعيب .





## القسم الرابع

### العلاج



## مقدمة

ذكرنا في مقدمة القسم الأول أن الدليل على خلوة طعم "خوى  
يكمن في تذوقها ، وأيضا يكون الدليل على الأمراض النفسية هو العلاج  
الناجح للسلوك الشاذ Abnormal behavior ويبحث هذا القسم الأخير  
في هذا الدليل أو البرهان .

إن طبيعة السلوك الانساني متعددة الجوانب ، والفشل في الوصول  
الى اتفاق سواء أكان ذلك على تعريف كل من السواء /Normality/  
الشذوذ Abnormality أم الصحة النفسية/المرض ، أو أسبابها أدت  
الى كثرة العلاجات وتعدد المحكات التى تهدد مدى نجاحها . وكما في  
الأقسام الأولى كانت هناك محاولة لتبسيط الوصف ، وذلك بتنظيم  
المادة تحت ثلاثة عناوين رئيسة : بيولوجية ، سيكولوجية ، سسيولوجية .

ومن الممكن — من وجهة نظر تاريخية — أن نرى أن الجوانب  
الثلاثة السابقة للسلوك قد تم تحديدها والتعرف اليها ، على الرغم من عدم  
توجيه اهتمام متساو لكل منها . وفي الحقيقة فإنه من الممكن تحديد  
عدد من الأنواع الدائرية ، كما يتأرجح البندول بين العلم والدين ،  
بين البيولوجيا وعلم الاجتماع ، وبين الموضوعى والذاتى .

ولقد عزت انظريات السائدة من خمسينة عام ثبل الميلاد ،  
السلوك الشاذ الى سبب دينى ، وكانت أكثر أشكال العلاج البارزة  
في هذه الفترة هى الشكل البدائى لجراحة المخ : نشر الجمجمة  
Trephination ، وهى عبارة عن حفر ثقب في الجمجمة . ومن الجائر  
أن تكون مثل هذه العملية ذات غائدة في تخفيف الضغط على المخ ،

الا أنه نظرا للمعرفة المحدودة بتشريح الجسم الانساني وفيزيولوجيته، ونظرا لسيادة المعتقدات الدينية في هذه الفترة ، فان هذه العملية كانت تتم على أساس الاعتقاد بأن الأرواح الشريرة ستهرب من هذا الثقب  
• (Coleman, 1964)

وهناك أدلة على استخدام أساليب العلاج السيكولوجية الانسانية في هذه الفترة المبكرة ، على سبيل المثال : في أثناء القرن الثامن قبل الميلاد ، أسست في مصر الفرعونية بيوت الايواء والضيافة ، حيث يقيم الفلزاء ، وكانت تدار بواسطة الرهبان ، وفي هذه البيوت ، سبق رجال الدين الأطباء في مصر القديمة ، التحليل النفسي الذي ظهر في أوائل القرن العشرين ، اذ قاموا بتفسير الأحلام ، وتقديم الحلول لكل من المشكلات الدنيوية والسمائية • ولكن كان هذا هو الاستثناء ، بينما كانت القاعدة هي الانشغال بالأرواح الشريرة ، وكانت الأشكال المساعدة في العلاج عبارة عن أساليب قاسية خشنة ، تتم عن طريق التعاويذ والعقاب •

وبعد الأساليب الانسانية في العلاج واضحة فيما بين القرن الخامس قبل الميلاد حتى مائتي عام بعد الميلاد ، وأثناء القرن الخامس قبل الميلاد رأى «أبقراط» Hippocrates (٤٦٠ - ٣٧٧ قبل الميلاد) أن التدريب والهدوء الجسمي وأنسكون يجب أن يستخدم في علاج المرضى العقلين • وأثناء القرن الأول قبل الميلاد ، قدم «أسكليبيادس» Asclepiades (١٢٤ - ٤٠ قبل الميلاد) أساليب مختلفة تساعد على استرخاء المرضى ، وكان ضد كل من الفصد(\*) والقيود الحديدية •

وفي أثناء القرن الثاني بعد الميلاد قدم «سورانوس» Soranus (حوالي ١٢٠ بعد الميلاد) نفسه رائدا للعلاج النفسي المعاصر باقتراحه أن المريض يجب أن يشارك في المناقشة مع الفلاسفة الذين سيساعدوه على الشفاء من مخاوفه وآلامه الشخصية (Zilboorg & Henry, 1941) .

(\*) الفصد Blood-letting هو ازالة الدم لأسباب علاجية ، ويتم عادة عن طريق عمل قطع في الوريد (المراجع) •

وفي الفترة من ٢٠٠ إلى ٤٠٠ بعد الميلاد تقريبا ، بدأ العلاج الديني اللفظ للمرضى العقلين يسود مرة أخرى ، ووصل ذروته بنشر كتاب : « مطرقة الساحرات » *the witches' hammer* بين عامي ١٤٨٧ - ١٤٨٩ ، وهو كتاب من تأليف راهبين ألمانيين من «الدومينيكان» هما : « جوهان سبرنجر » *Johann Sprenger* ، « هنرش كرامر » *Heinrich kramer* . تلا ذلك صدور كتاب « البابا الثامن البريء » *Pope innocent .VIII* ، وكان يعد كتابا في علم نفس الشواذ ، وأيضا كتابا مختصرا في علاج الاضطرابات النفسية ، وملخصا للقيم اللاهوتية في القرن الخامس عشر ومعالجة لموضوع السحر ، وهو كذلك من أكثر الكتب المشهيرة التي كتبت (Ullmann & Krasner, 1969, P. 116) . وفي هذا الكتاب المشار اليه نجد محاولة لاثبات أمور ثلاثة : تأكيد وجود الساحرات ، وصف طرق تحديد هويتهم عن طريق قائمة بالأعراض الاكلينيكية لهم ، وتعيين الاجراءات الخاصة بفحص الساحرات والحكم عليهن وعقابهن . وأصبح الكتاب دليلا وهاديا للتعامل مع أنواع كثيرة متنوعة من السلوك الشاذ ، مع تقديم أسلوب اجراء المقابلة الشخصية الموصى به ، والذي يعتمد على التعذيب . وكانت طرق العلاج المختارة هي الموت خنقا أو بقطع الرأس أو الاعدام حرقا والمريض مشدود الى خازوق .

ويمكن النظر الى ميلاد الطب النفسي الحديث بوصفه رد فعل للممارسات التي سوغها كتاب « مطرقة الساحرات » ، ولكن ذلك قد استغرق وقتا طويلا . وقد أعدمت آخر ساحرة في أمريكا عام ١٦٩٢ ، وفي إنجلترا عام ١٧٢٢ ، وفي ألمانيا عام ١٧٧٥ ، وفي سويسرا عام ١٧٨٢ . وأثناء القرن السادس عشر فتر التأثير الديني ، وبدأت الاديرة والسجون تتخلى عن العناية بالمرضى العقلين ، وأودعوا في مصحات خاصة . وبرغم ذلك ظل العلاج فظلا غليظا في أساسه .

وكان « جوهان وير » Johann Weyer (١٥١٥ - ١٥٨٨) من أوائل المؤيدين لهذا التغيير في الاتجاه ، الا أن هذا التغيير تطلب تزايدا سريعا في المعرفة بكل من : التشريح وعلم وظائف الأعضاء وعلم الأعصاب والكيمياء والطب العام . وقد تحقق ذلك ببزوغ العلم التجريبي الحديث في القرن الثامن عشر ، فأضفى المناخ الاجتماعي الملائم . وفي هذه الفترة أيضا مهد كل من : «فيليب بينيل» Philippe Pinel (١٧٤٥ - ١٨٢٦) ، « بنيامين روش » Benjamin Rush (١٧٤٥ - ١٨١٣) ، «دوروثيا ديكس» Dorothea Dix (١٨٠٢ - ١٨٨٧) الى ما أشار اليه «هوبز» (Hobbs, 1964) على أنه الثورة الأولى للصحة النفسية ، والتي كانت في الحقيقة الثورة الأولى في العصر الحديث . وقد اضطلع العلم بهذه المهمة - كما هو معروف اليوم - وتأيد المفهوم البيولوجي بقوة .

وارتبطت الثورة الثانية - من البيولوجيا الى السيكلوجيا - بأعمال « سيجموند فرويد » Sigmund Freud (١٨٥٦ - ١٩٣٩) خلال القسم الأول من القرن العشرين . ولكن على الرغم من استخدام «فرويد» للمفاهيم السيكلوجية ، كان نمودجه بيولوجيا في المقام الأول، وتميزت فلسفته العلمية . وفي التحليل النفسى التقليدى يبحث المعالج النفسى عن الحقيقة ، شارحا أياها للمريض حين اكتشافها . وبناء على ذلك أمكن للمنحى البيولوجى أن يوجد جنبنا الى جنب مع المنحى السيكلوجى . وفي الحقيقة ، وفى هذه المرحلة من السيادة السيكلوجية خطا المنحى البيولوجى عام ١٩٣٠ خطوة كبيرة وأساسية للأمام ، متأنيا - الى حد ما - مع التطور فى العلاج بغيروية الانسولين ، والعلاج الكهربى التشنجى ، والجراحة النفسية .

ووصل تبجيل المجتمع للعلم ذروته بعد القاء القنبلة الذرية على هيروشيما وناجازاكي عام ١٩٤٥ ، حيث شهدت فترة ما بعد الحرب

تطورا في شكلين متناقضين من أشكال العلاج : التحليل النفسي والنموذج البيولوجي . وخلال الستينيات كان الشباب يفعلون ما يشاؤون ويجربون بأنفسهم العقاقير المنبهة والعقاقير الشرقية ، كما كانت المجتمعات الغربية تتحرك بسرعة نحو الاشتراك في الديمقراطية ، وفي ظل هذا المناخ ساد في الطب النفسي العلاج غير الموجه والمتمركز حول العميل ، وهي العلاجات القائمة — أساسا — على الفهم أكثر من المعرفة ، كما سادت مختلف أنواع العلاج الجماعي والبيئي . وبهذا حدثت الثورة الثالثة في الصحة النفسية .

وتمارس حاليا كل من العلاجات الجسمية الحيوية ، والسيكولوجية ، والاجتماعية الثقافية ، وسوف نقدم في الفصول التالية وصفا نقديا للأساليب الرئيسية لهذه العلاجات . ومع ذلك ، فإن الموضوع الحاسم هو مدى نجاح هذه الأساليب في علاج السلوك الشاذ ، وهذا الموضوع لا يمكن حسمه أو تقريره بشكل مطلق . وإلى أن يتم الاتفاق على تعريف ثابت للصحة النفسية والمرض النفسي ، فإنه يمكن الحكم على نجاح أى أسلوب علاجي بالنظر الى الأهداف النوعية للعلاج ، والتي تتغير تبعا لمفهوم المعالج عن الصحة والمرض .

بالإضافة الى ذلك ، فإنه نظرا لطبيعة السلوك الانساني متعدد الجوانب ، فإن الاتفاق على تعريف الصحة والمرض يعد غير كاف لاغفال القرار النهائي المتعلق بكفاءة العلاجات السيكياترية ، والتي تعد مجرد حكم ذى قيمة شخصية أكثر من أى شئ آخر ، ذلك كما أشار «وولبي» : (Wolpe, 1964, P. 5)

« مهما كانت المشكلة في هذا الشأن ، فإن المكانة الاكلينيكية لأى طريقة أو أى مبدأ تقوم عليه أساليب معينة يجب أن تتحدد أو تقيم بعدة محكات . يرتبط المحك الأول مباشرة بمدى احساس المريض بأنه على ما يرام ، هل خففت

المعاناة؟ فإذا كان الأمر كذلك ، فما مدى السرعة في تخفيف  
هذه المعاناة؟ وما مدى كمالها واستمرارها؟ وما مدى ظهورها  
من الأضرار الجانبية المترتبة؟ وهناك محكات ثانوية مثل :  
مقدار الوقت والمجهود المطلوب من المعالج ، وتكلفة العلاج  
بالنسبة للمريض » •

وإذا كانت الجراحة النفسية تريل بكفاءة الضيق الذاتى عن المريض  
ولكنها تعرضه لنوبات صرعية ، فإن العلاج يكون ناجحاً من وجهة نظر  
«برشهارد» Burchhard الذى يعتقد أنه من الأفضل أن يكون هناك  
علاج «مشكوك» فيه بدلاً من عدم وجود علاج على الإطلاق • على  
حين يكون مثل هذا العلاج غير ناجح من وجهة نظر «أبقراط» الذى  
اعتقد أن الطبيب يجب ألا يسبب الأذى للمريض بأى حال من الأحوال •



## الفصل الحادى عشر

### أساليب العلاج البيولوجية

تمثل أساليب العلاج البيولوجية محاولات لتغيير الخبرة السيكولوجية الذاتية ، أو بمعنى آخر تغيير السلوك الشفصى الاجتماعى من خلال التدخل فى التركيب البيولوجى للفرد ، بطرق جسمية أو كيميائية . وتقوم هذه الأساليب على النموذج الطبى للمرض ، وتعتمد معالجة الاضطرابات النفسية والعقلية بإزالة مسبباتها الفيزيولوجية.

الا أن الخبرة السيكولوجية الذاتية والسلوك الشفصى الاجتماعى المزمع تغييرهما ، قد تكون رد فعل لمواقف بيئية شاذة أو ضاغطة أكثر من كونها أعراضا لاضطراب بيولوجى . وهنا يبرز سؤال : هل توقف أساليب العلاج البيولوجية المتعددة تطور الاضطراب ، أو أنها مجرد قمع لمظاهره (Szasz, 1957) .

وفضلا عن ذلك ، فمادامت الخبرة أو السلوك الشاذ يعزى الى عمليات بيولوجية شاذة ، فقد يثور الجدل بأن الاضطراب يكون قطعا جسمانيا ولا يتعلق بالطب النفسى (Szasz, 1960; Miller, 1968) . ومن ناحية أخرى ، فبالقدر الذى يحدث به التغير السلوكى عن طريق التدخل فى العمليات البيولوجية السوية ، هنا يثار سؤال أخلاقى (Gaylin, 1973; Gaylin et al.; 1975) .

وعلى خلاف التخصصات الطبية الأخرى ، فإن الطب النفسى به عدد قليل جدا من الحقائق المقبولة بوجه عام فيما يتعلق بتطور

الأمراض أو طرق علاجها (Lewis, 1968)، وبناء على ذلك تطورت كثير من أساليب العلاج البيولوجية للعلاج السيكياترى إمبيريقيا (على أساس عملى) — غالبا بشكل اتفاقى — وبالنظرية السببية المتضمنة فاعليتهما والتي تطورت فيما بعد .

والاعتماد على التجريبية الواقعية (العملية) شئ معتاد فى تاريخ الطب ، فعلى سبيل المثال : استخدم الكينين Quinine بفاعلية لعلاج الملاريا لفترة طويلة قبل أن يعرف كيف يكون فعالا ، ولكن الطب الجسمى لحيه معلومات متركمة وكافية لتذهب الى أبعد من التجريبية فى مجالات عدة ، على حين مايزال الطب النفسى معتمدا عن التجريبية بشدة .

### العلاجات البيولوجية المبكرة

اتضعت القيمة العلاجية للاسترخاء والراحة والتقييد منذ زمن طويل ، وكان لها شأن كبير ، ويمكن أن نقيسها فى معظم أشكال العلاج السيكياترى أن لم يكن جميعها . وقد كانت هذه العلاجات ملمحا بارزا فى بعض العلاجات البيولوجية الشائعة الاستخدام فى أوائل القرن العشرين ونمعد ثلاثة أنواع منها على وجه التحديد : العلاج بالماء hydrotherapy ، العلاج بالنوم لفترة طويلة prolonged sleep therapy ، العلاج بغيوبة الانسولين .

### العلاج بالماء

وهو من أقدم الوسائل فى التعامل مع الطل الجسمية والنفسية والروحية ، ويتم عن طريق غمر الجسم فى الماء ، وفى بعض الحالات مثل : الحمامات الرومانية ، وينابيع المياه الساخنة بكندا ، والمياه المعدنية اليابانية ، وكذلك العلاج الذى وصفه فرانس فان دير لوت (Frans van der Lott - Kellaway, 1946) ، الذى يتضمن تيارا كهربيا حيا يصدر عن سمك الانكليس . وتكمن القيمة العلاجية فى

محتويات الماء ، ولكن الماء في حد ذاته عن طريق التأثير في درجة حرارة الجسم يمكن أن يكون له أثر مسكن ومهدئ ، وهذا الأثر هو ما تم استثماره في العلاج بالماء .

والعلاج بالماء هو علاج عرضي *symptomatic* يوجه الى السلوك الصريح الظاهر ، وليس الى أى عملية مركزية أو كامنة وراء المرض . وبناء على ذلك فقد تطورت ثلاث طرق أساسية هي : الدش الابرى *needle shower* — الحوض المستمر *continuous tub* والكمادة الباردة *cold-pack* ، والنوعان الأخيران هما أكثر الأساليب ورودا في التراث ، وهما مسكنان أساسا (McGraw & Olven, 1959; Ebaugh & Tiffany, 1959) ، على الرغم من أن الكمادة الباردة (الثقل البارد) تتضمن أيضا ضغطا جسمانيا يمتد تأثيره الى ما بعد إزالة الكمادة (الثقل) (Black, 1936; Wright, 1940) .

### الحوض المستمر

ويعرف أيضا بالحمام « المحاليد المستمر » ، يتضمن هذا النوع من العلاج ترك المريض في حوض لفترة تتراوح من ساعة الى عدة أسابيع . ويغطي جسمه بمادة جيلاينية بترولية أو أى مادة دهنية ، ويستلقى في أرجوحة شبكية من قماش القنب بداخل حمام حوضي مصمم بطريقة خاصة . ويغطي بإحكام بملاء ويدور بشكل ثابت في وجود مياه جارية باستمرار ، لها درجة حرارة أقل بقليل من درجة حرارة الجسم . ومع العلاج لفترة طويلة فان هذه الجلسات تقطع أو توقف ، وذلك حتى يتناول المريض الطعام أو يقضى حاجته ، ولكن بعض المرضى يأكلون وهم تحت العلاج أى في الماء ، وبعضهم كان يمضى طوال الليل في هذا الحوض (McGraw & Olven, 1959) .

### الكمادة الباردة

في العلاج بالكمادة الباردة يلف المريض بإحكام بطبقات من

الملاءات والبطاطين بحيث تكون الملاءات متصلة بماء بارد وماء فاتر ، وأول استجابة للماء البارد تسمى الصدمة العلاجية المائية ، وتعد متغيرا مهما في تحديد فعالية العلاج . ويحدث التسكين عادة بعد حوالى عشر دقائق الى عشرين دقيقة ، ولكن بالنسبة للمرضى المستثارين جدا يحدث التسكين بعد ثلاثين دقيقة الى خمس وأربعين دقيقة ، فإذا لم يحدث التسكين في مدى خمس وأربعين دقيقة تزال الكمادة ، وتوضع كمادة أخرى جديدة في خلال ساعة (McGraw & Oliven, 1959) .

ويعد هذا النوع من العلاج مفيدا في علاج المرضى المتهيجين واللاتطلبت حالتهم جرعات كبيرة من المهدئات وهم لا يستطيعون تحمل الفينوثيازينز phenothiazines (وهي مجموعة من المهدئات الكبرى) . وهو أيضا مفيد لأولئك الذين تتطلب حالتهم تسكينا مباشرا ، وذلك لحين حدوث تأثير العقاقير التي يتناولونها (Kilgallen, 1972; Green, 1964) .

### العلاج بالنوم لفترة طويلة

يتحقق التسكين المطلق بالنوم ، وقد استخدم النوم الممتد في علاج المرض النفسى . ولوحظ هذا العلاج في عام ١٨٩٠ تقريبا إلا أن أول استخدام منظم له كان على يد «كليسى» (Klaesi, 1922) واستخدمت العقاقير في هذه الطريقة لتجعل المريض يستغرق في النوم عشرين ساعة في اليوم تقريبا ، لحد تزيد على ستين يوما . ويمكن أن ينظم العلاج بحيث أن المريض يستيقظ ليأكل ويقضى حاجته ، أو قد يكون النوم مستمرا . كذلك فإن نوع النوم وعمقه هي أيضا متغيرات تدخل في الحساب . وقد تضمن الاستخدام المبكر لهذا النوع من العلاج نوما يشبه التخدير ، ولكن في أواخر الخمسينيات أصبح من المفضل أحداث حالة تشبه النوم الطبيعى أو النعاس المستمر أو نيوامحالة الخدر أو الخدار Twilight sleep (McGraw&Oliven,1959) .

.. وكان هذا النوع من العلاج يعد أكثر العلاجات فاعلية في علاج  
الفصام وذهان الهوس الاكتئابي ، إلا أن النتائج كانت غير قابلة  
للتنبؤ ، وكانت النكسات هي الشائعة . وتضمنت الأعراض الجانبية  
العكاسة : اخفاق الوعاء القلبي cardiovascular ، الإلتهاب الشعبي  
الرئوي broncho-pneumonia ، الفشل الكلوي ، وحالات الخلط  
الناجمة عن التسمم ، وتراوح نسبة الوفاة من ١ الى ٣/١ (McGraw & Oliyen, 1959).

وقد تطور شكل آخر من العلاج المستمر بالنوم على يد «كاميرون»  
Cameron بمستشفى «ألن» التذكاري «بمونتريال» في عام ١٩٥٥ .  
أشير اليه « بالقيادة النفسية » psychic driving ، جمع فيه «كاميرون»  
العلاج النفسي الى العلاج بالنوم ( انظر الفصل الثاني عشر ) ، اذ  
سجلت مقتطفات مهمة من المقابلات العلاجية النفسية ، ثم يتم تشغيلها  
على مسجل ليسمعها المريض أثناء العلاج بالنوم الطويل ، وتؤكد هذه  
المقتطفات على عبارات ايجابية حول الهوية الشخصية . واستخدم هذا  
الأسلوب أساسا مع مرضى الفصام (Clark, 1978) .

### العلاج بغيوبة الانسولين Insulin Coma Therapy

العلاج بغيوبة الانسولين عبارة عن احداث غيبوبة طويلة من  
خلال خفض محتوى السكر في الدم ، والذي يلي الحقن بالانسولين  
بجرعات كبيرة . وعلى الرغم من التشابه الواضح بين هذا النوع من  
العلاج والعلاج بالنوم الممتد فان جذوره ترتبط عامة بملاحظة تمت  
عن طريق الصدفة ، من قبل « مانفريد ساكيل » Manfred Sakel  
عام ١٩٣٣ .

ولكن «ساكيل» فضل أخيرا أن يصف أصل هذا العلاج من حيث

هو جزء من فحص مخطط لدور الهايوثلاموس في ربط الوظائف الفيزيولوجية بالأعراض النفسية للمرض النفسى والعقلى (Valenstein, 1973). وقد لاحظ «ساكيل» أن الغيبوبة التلقائية الناتجة عن الحقن بجرعة كبيرة من الانسولين في علاج ادمان المورفين ، وللمساعدة المرضى الواعين على زيادة أوزانهم ، لها تأثير مفيد في علاج المرضى النفسيين . وبناء على ذلك افترض أن السلوك الذهاني هو نتيجة لزيادة افراز الأدرينالين الذى يؤدي الى زيادة نشاط الخلايا العصبية المخية . الا أنه اتضح خطأ «ساكيل» في كل من التقديرين ، فالمرضى الذهانيين ليس لديهم زيادة في افراز الأدرينالين ، كما أن افراز الأدرينالين يزداد ( ولا ينخفض ) أثناء غيبوبة الانسولين . ومع ذلك فقد استخدم العلاج بغيبوبة الانسولين على نطاق واسع في الطب النفسى حتى ظهور العقاقير المهدئة في أوائل الخمسينيات .

واستخدمت غيبوبة الانسولين في علاج الفصام ، والقلق وحالات التوتر ، وكذلك حالات الفصام الوجدانى الاكتئابى (Lequeur, 1975) هذا على الرغم من أن «أكسر أولدهام» (Ackner & Oldham, 1962) قد فشل في التوصل الى أى تأثير مفيد لهذا النوع من العلاج . كما لم يستطع «أنجست» (Angst, 1969) بعد مسحه لعدد كبير من الدراسات أن يصل الى أى نتائج قاطعة حول فاعليته في العلاج . وأوضحت النتائج الاحصائية أن من ٦٠ — ٧٠٪ تقريبا من الفصامين الذين يعالجون بغيبوبة الانسولين يظهرون شفاء أو تحسنا سريعا ، ولكن هذا التحسن لا يدوم (Staudt & Zubin, 1957) ، ولذا فقد رأى أن هذا العلاج أفضل بقليل من العناية الاعتيادية المألوفة (الروتينية) بالمستشفيات (Brannon & Graham, 1955; West et al., 1955; Ackner & Oldham, 1962).

أما عن التأثيرات الجانبية المعاكسة المرتبطة بهذا الأسلوب العلاجي

فتتضمن : الغيبوبة ، التشنجات ، وهى تحدث لمدة طويلة ، وقد تحدث بشكل لا رجعة فيه ، كما يمكن أن تحدث الوفاة التى ترتبط عادة بالإخفاق فى وظائف الوعاء القلبي .

### • علاج الكيميائى Chemotherapy

ان أى مادة تدخل الجسم وتؤدى الى تعديل وظائفه فإنها تسمى عقارا Drug (WHO, 1967) . وقد ارتبطت ممارسة الطب دائما باستخدام المواد لتغيير الخبرة السيكلوجية الذاتية والسلوك الشخصى الاجتماعى ، بالإضافة الى تغيير الوظائف الفيزيولوجية . وهناك قائمة طويلة من النباتات التى جمعت وزرعت لهذه الأغراض ، ويمكن اضافة الكحوليات اليها وكذلك عدد كثير من المواد الكيميائية المظفة منذ عام ١٩٥٠ .

وتقوم الطريقة المثلى لوصف دواء معين فى إطار الطب النفسى على معلومات متعلقة بثلاثة متغيرات : أ - اضطراب السلوك أو تشخيص الأعراض . ب - أية اضطرابات للوظائف المخية تكون كامنة وراء اضطراب السلوك . ج - الطريقة التى يؤثر بها العقار على المخ . وتسوء الحظ فان المعرفة بالجوانب الفيزيولوجية لكل من المرض النفسى واستجابة المخ للعقاقير النفسية تعد ضئيلة ، ولذلك فان تشخيص الأعراض بعناية ودقة شرط ضرورى فى العلاج الكيميائى (van Praag, 1978) .

وقد أشار « بيير جانيه » (Janet, 1908) الى أن لغز الشذوذ يمكن فى التوثر النفسى ، وبناء على ذلك قدم « ديلاي ، دينيكر » (Delay & Deniker, 1961) تصنيفا للعقاقير المستخدمة فى الطب النفسى بتقسيمها الى : المثبطات «المخدرات» النفسية psycholeptics التى تخفض التوتر ، والمنشطات النفسية psychoanaleptics وهى تزيد

من التوتر ، الموهومات النفسية psychodysleptics التي تؤدي الى  
إظهار المرضية للتوتر . وتصنف منظمة الصحة العالمية (WHO;1967)  
هذه العقاقير الى خمس فئات :

١ - مهدئات أو مطمئنتات القلق anxiolytic sedatives : وهي  
تخفض القلق والتوتر والتهييج دون أن تسبب اضطراب العمليات  
المعرفية .

٢ - المثبطات العصبية neuroleptics : ويكون تأثيرها أساسا  
على العمليات المعرفية المضطربة لدى المرضى الذهانيين .

٣ - المنبهات النفسية psychostimulants : وهي تزيد مستوى  
اليقظة أو الدافعية أو كليهما .

٤ - مضادات الاكتئاب Antidepressant .

٥ - الموهومات النفسية psychodysleptics : والتي تؤدي الى  
شدوذ الوظائف المعرفية .

وإمتد « فان براج » (van Praag; 1978) بهذه القائمة فأضاف  
فئة ثلاثم العقاقير المستخدمة في علاج الادمان والاضطرابات الجنسية .  
هناك بعد ذلك مركبات الليثيوم ، والعقاقير المؤثرة في الأعصاب ،  
ومضادات التقلص أو مضادات الكولين ، ومضادات التشنجات  
Anticonvulsants .

ومعظم هذه العقاقير - كما تشير أسماؤها - تتعلق بالأعراض  
وتهدف الى علاجها ، وقد تكون ملائمة للطب الجسمي أكثر من الأمراض  
النفسية . إلا أن التأثيرات السيكلوجية والسلوكية للعقاقير لا تتحدد  
فقط بوساطة الخصائص الفيزيائية مثل طبيعة العقار ومعدل امتصاصه  
(Silverstone & Turner;1978) ولكنها تتحدد من خلال مدى واسع  
من المتغيرات التي تتضمن المريض ووضعه الاجتماعي (Trouton &  
Eysenck, 1961; Uhlenhuth et al, 1966) ان الخط الفاصل  
بين الطب الجسمي وعلم الأمراض النفسية هو خط رفيع ،



واستخدام العقاقير النفسية — على وجه الخصوص — يلقى الضوء على مشكلات لا يستطيع المتخصص في الأمراض النفسية تجاهلها .

ان عقاقير مطمئنتات القلق ، والمثبطات العصبية — من الناحية التاريخية — تعرف معا باسم المهدئات *Tranquillizers* ، والاسم مشتق من حقيقة مؤداها أن استخدامها له تأثير مهدئ للسلوك المستثار والمتوتر . وفي البداية كانت هناك تفرقة بين المهدئات البسيطة والكبرى ، إلا أن هذه التفرقة لم تلق قبولا على أساس أنها تتضمن التشابه الاكلينيكي والفارماكولوجي ( من ناحية تركيب العقار ) بين النوعين من العقاقير ، وهو تشابه غير موجود (Cole & Davis, 1975)

وبناء على ذلك ظهر ميل الى استخدام مصطلحات أكثر وصفا مثل : « العقاقير المضادة للقلق » *Anxiolytic* ، « مطمئنتات القلق » ، « مهدئات الأعصاب » *Ataractic* أو ببساطة « المهدئات » عند الإشارة الى المهدئات البسيطة ، و « المضادات الذهانية » *antipsychotic* أو « مثبطات الأعصاب » *Neuroleptic* عند الإشارة الى مضبوطة المهدئات الكبرى .

### العقاقير المضادة للقلق : « مطمئنتات القلق »

للعقاقير المضادة للقلق بعض الفواض المسكنة ، ولكنها لا تماثل المسكنات الحقيقية ، وهذه العقاقير تؤدي الى الاسترخاء والهدوء كما أنها تخفف من القلق والتوتر والتهيج ، ولها تأثير ضئيل على وضوح الوعي والوظائف العقلية (Silverstone & Turner, 1978)

van Praag, 1978) وأكثر هذه العقاقير استخداما :

- الميبرومات ( ايكوانيل — ميلتان — سيدابون ) +
- مشتقات البينثروديازيبين ، ديازيبام (فالسيوم) .
- كلورديازيبوكسيد (الليبريام) .
- الباربيتوريت وخاصة أميلوباربيتون (أميثال الصوديوم) .

وفي مجالات أخرى من علم العقاقير ، نجد أن الأثر العلاجي للدوية الجديدة يمكن أن يخبر قبل استخدامه على حيوانات التجارب إلا أن ذلك يشكل صعوبة في إطار الطب النفسى ، نظرا للطبيعة الذاتية لكثير من الأمراض ، وكذلك الافتقار الى تعاريف واضحة ينتج عنها نماذج حيوانية قليلة ملائمة للمرض النفسى ، وأيضا عدم قدرة الحيوان على الاستبطان أو على اعطاء تقارير عن خبرته الذاتية تجعل من المستحيل غالبا تحديد ما اذا كانت التغيرات السلوكية ترجع الى تأثيرات حسية أو معرفية أو حركية (Silverstone & Turner, 1978) .

ومن الممكن تحديد العقاقير المضادة للذهان وللاكتئاب بوساطة تأثيراتها المميزة في تجارب الحيوان ، إلا أن مثل هذا الاختبار أقل قابلية للاعتماد عليه بالنسبة للعقاقير المضادة للقلق (van Praag, 1978) مع هذا فهناك ميل واضح لمشتقات «البنزوديازيبين» مثل «الديازيبام» (فالتيوم) لعدم كف السلوك الذي حدث له قمع في موقف اختبار اجرائى.

وهناك حالة مشابهة لقلق الانسان يمكن استحداثها لدى الحيوانات، وذلك بوضعها في موقف صراع (انظر الفصل الثامن) ، فالحيوان الجائع الذى تعلم الضغط على رافعة ليحصل على الطعام كتدعيم ، ثم تعلم بعد ذلك أن الضغط على الرافعة في وجود الضوء الأحمر سيجلب له صدمة كهربية مؤلمة بالإضافة الى الطعام ، وجد أنه بالنسبة الى الحيوانات التى عولجت بمحلول ملحي خامل أو بالعقاقير المضادة للذهان أو بالأفيون أو المنبهات النفسية ، أنها قد توقفت عن الضغط على الرافعة عندما يكون الضوء الأحمر مضاء ، أما الحيوانات التى عولجت بمشتقات «البنزوديازيبين» فقد استمرت في الضغط على الرافعة . وبالإضافة الى ذلك فانه حتى على الرغم من استطاعتها خفض النشاط النفسحركى العام ، فان الجرعات القليلة من هذه العقاقير غالبا

ما تريد من النشاط الاستكشافى والاستجابة للبيئة (Cole & Davis, 1975).

وعلى أساس هذه الملاحظات على الحيوانات فى العمل ، اقترح « إيروين » (Irwin, 1968) أن تستخدم مشتقات «البينزوديازيبين» لعلاج القلق حينما يكون المريض خجولا ومكثوفاً ، ويكون الهدف العلاجى تطوير سلوك متجه الى الخارج متسم بركوب المخاطر ، وعلى الرغم من وجود بيانات اكلينيكية تميل الى تأييد افتراض «إيروين» هذا ، فلا يوجد تقرير عن أى محاولة اكلينيكية نوعية فى هذا الصدد (Cole & Davis, 1975).

### الأمراض الجانبية المعاكسة

هناك اتفاق عام على الأرجاع المعاكسة لمضادات القلق ، حتى لو أعطيت بالجرعات الموصى بها ، فيمكن أن تؤدي الى خلل فى تآزر الحركات الارادية ، وزيادة التسكين ، بالإضافة الى أن العقار يمكن أن يصبح غير مثبط ، فانه يسهم فى تكوين الأفكار الانتحارية ، كما يؤدي الى تقلبات انفعالية شديدة (Cole & Davis, 1975) هذا فضلاً عن خطورة الادمان (van Praag, 1978).

### العقاقير المضادة للذهان « مثبطات الأعصاب »

لم يحدد مصطلح « مضاد للذهان » بدقة ، وهذا متوقع نظراً للتعريف العام لمصطلح «الذهان» ( انظر الفصل الثانى ) ، وعموماً فان العقار المضاد للذهان يمكن أن يحدث تأثيراً ذا فائدة على الوظائف المعرفية الشاذة — مثل التوهيمات ، الهلوس ، التفكير المفكك ، التوهان ، وهى كلها تعد من خصائص الاضطراب الذهاني .

### التطور التاريخي

فى أثناء النصف الأول من القرن العشرين ، كانت العقاقير الرئيسية

في الطب النفسي هي البروميدات *Bromides* والتي اكتشفها « بالارد » Ballard عام ١٨٢٦ ، « والباربيتوريت » التي اكتشفها « باير » Baeyer عام ١٨٦٣ . وتحكم هذه العقاقير تحكما ملائما في القلق وعدم الاستقرار ، ولكنها تؤدي الى أعراض جانبية خطيرة عندما تعطى بجرعات كبيرة ، كما يحدث الاعتماد Dependency الذي يعقد المشكلات النفسية الموجودة . ولذلك لم تستطع أن تحل كلية محل العلاج بالماء وغيبونة الانسولين ، على الرغم من المشكلات المتضمنة في هذه العلاجات . وكان لاكتشاف المهدئات الكبرى : « الكلوربرومازين » ، « ريزربين » Reserpine في عام ١٩٥٢ أثر كبير في خفض استخدام كل أشكال العلاجات البيولوجية المتاحة في ذلك الوقت .

وكان « الريزربين » أول المهدئات التي استخدمت بكثرة في العلاج الاكلينيكي ، ولهذا المقار تاريخ طويل ، فهو مستخرج من جذور نبات « الراوولفيا سيربينتينا » *Rauwolfia serpentina* ، وقد أشار « جاركيا دا أورتا » Garcia da Orta عام ١٥٦٣ الى تأثيره في أوروبا (Lücker, 1962) كما استخدم في الهند عام ١٥٧٣ بواسطة « لينارد راوولف » Rauwolf الطبيب الباطني الذي جاب أنحاء العالم — تبعا لتقاليد عصره — ليجمع العقاقير والنباتات ليستخدمها في عمله . وقد سمي النبات باسم أول من قام بوصفه وهو « بلمبر » Plumber عام ١٧٠٣ . وعلى الرغم من المعرفة المبكرة بهذا النبات فان خواصه المهدئة لم تصبح شائعة الا بحلول القرن العشرين . وفي عام ١٩٣١ أعلن الطبيبان الهنديان « سين » ، Sen « بوس » Bose أن هذا النبات يخفض ضغط الدم المرتفع ، ويتحكم في جنون الهوس . وفي عام ١٩٣٣ استخدم « بهاتيا » Bhatia بعض خلاصاته في علاج ضغط الدم المرتفع . الا أن ذلك لم يكن معروفا حتى عام ١٩٤٩ ، حينما نشر « رستم جال ناكيل » Rustom Jal Nakiل تقريراً عن محاولة اكلينيكية في مجلة

القلب البريطانية *British Heart Journal* يفيد بأن الراوولفيا ذكر في منشور علمي خارج الهند . وبعد هذه الفترة مباشرة قدم «ولكنز» (Wilkins, 1954) تقريراً عن استخدام الراوولفيا في علاج ضغط الدم ، كما أعلن « شلتر ، ميلر » Schlitter & Miller تعريفهم للريزربين على أنه المادة الفعالة في النبات (Klotz, 1959, Horden, 1968) .

واستخدم الريزربين بكميات متزايدة في حالات ضغط الدم المرتفع والاضطرابات السيكاثرية ، ولكن سرعان ما حل محله الكلوربرومازين ، وهو عقار أسرع في المفعول وأكثر فاعلية ، وقد استخدم في البداية لعلاج ضغط الدم المرتفع .

والكلوربرومازين مطلق في الأصل على أنه مضاد للهستامين . والذي أثبتت تجربته على الحيوان أن له خواص مسكنة ملحوظة . وقد استخدم « بيير لافوريت » Pierre Laborit — وهو طبيب تخدير فرنسي — هذا العقار في عمل مركب دوائي يمكن أن يتحكم في استجابة الجسم للاجهاد Stress الجراحي ، ولاحظ أن له خواص مهدئة . وفي عام ١٩٥٢ قام طبيبان نفسيان فرنسيان هما : « ديلاي ، دينكر » Delay & Deniker بمحاولة الاستفادة من هذه الخواص المهدئة بوصف العقار للمرضى الفصامين ، ووجدوا أن له خاصية أخرى إضافية هي خفض ذهان الفصام (Davis & Cole, 1975) .

وأكثر العقاقير المضادة للذهان شهرة في الاستخدام الحالي : ريزربين ( سيزبازيل ) ، مشتقات الفينوثيازين ، كلوربرومازين ( لأرجاكثيل — ثورازين ) ، ترايفلوبيرازين (ستيلازين) ، ثيوريدين (ميلالين) ، هالوبيريدول (هالدول — سيرنياس) .

## الفاعلية

على الرغم من أن هناك اتفاقاً عاماً على أن مشتقات الفينوثيازين

مثل كلوربرومازين تؤثر في المهاد *thalamus* والتكوين الشبكي *reticular formation* وبقية جهاز المسارات الهرمينة الخارجية ، وبسبب الطبيعة المعقدة للنشاط المخي فان الأماكن الدقيقة وطبيعة عملها لم تحدد تماما بعد . ولا يدعى أن هذه العقاقير تعالج المرض النفسى والعقلى ، ولكن الادعاء الرئيس أنها تقلل من السلوكيات والعمليات الذهانية . وقد كان لهذه العقاقير الفضل في بقاء كثير من أقسام المستشفيات مفتوحة بحيث سمحت لعدد أكبر من الناس بتلقى العلاج في عيادات خارجية ، وبصفة عامة جعلت عددا أكبر من الناس مذعنة للعلاج النفسى وقابلة له .

وقد أثار «ساس» (Szasz, 1957) سؤالاً يتعلق بمدى تأثير الكلوربرومازين على مظاهر المرض وليس المرض نفسه ، أى الاهتمام هنا بالوظائف فقط بوصفها تقييدا من الناحية الكيميائية ، وقد أظهرت البحوث التالية (Cole et al., 1964; Goldberg & Mattsson, 1967; Goldberg et al., 1967; Simpson et al., 1972) تأثير الأدوية المضادة للذهان على الوظائف المعرفية أكثر من السلوك الصريح ، ولكن «بيرجر» (Berger, 1976) كان أكثر وضوحا ، اذ نص على أن العقاقير المضادة للذهان تحدث تأثيرا نوعيا على العملية الكامنة وراء الفصام بوصفه مرضا عقليا بحيث تكون هذه العقاقير — وبطريقة انتقائية — مضادة لأعراض المرض .

### الأعراض الجانبية المعكوسة

كما في الأشكال الأخرى من العلاج ، فان الأعراض الجانبية المعكوسة غالبا ما تكون متضمنة في العلاج الكيميائى ، وتنقسم آثار العقاقير الى فئتين رئيسيتين : فئة ردود الأفعال السامة : وهى عبارة عن احداث تغيرات مباشرة في الخلايا ، وفئة الأعراض الجانبية في حد ذاتها : وهى ردود أفعال سلوكية أو فيزيولوجية غير مرغوبة وغير ضرورية .

: والآثار الجانبية المعاكسة للعقاقير المضادة للذهان أصبحت مؤكدة، وهي تتضمن :

— ردود الأفعال الخاصة بالجهاز العصبي الذاتي مثل : جفاف الفم والطق ، الزغلة ، احمرار الجلد ، الامساك ، احتباس البول .  
— أعراض المسارات الخارجية الهرمية مثل : الأوضاع الغريبة المضحكة ، الحركات الملوية ، التلطم أو عدم الاستقرار ، أعراض شبيهة بأعراض مرض باركنسون ( الشلل الرعاش ) ، وأحيانا نوبات صرعية .

— الحساسية مثل : اليرقان (الصفراء) ، ونقص عدد الكرات المحببة في الدم ، الحساسية الجلدية في شكل حساسية للضوء ، مرض شبكية العين .

— تأثيرات على الغدد الصماء مثل : تضخم الثدي وإفراز لبن ، عدم انتظام الدورة الشهرية ، عجز جنسي ، زيادة ملحوظة في الوزن ، كما تعطى اختبارات الحمل نتائج هرمونية ايجابية زائفة . ومن الناحية التاريخية فإن أكثر الآثار الجانبية المعاكسة خطورة هي : الحساسية أو التسمم الضوئي ، ومرض شبكية العين ، وهذا يحدث مع عقار الكلوربرومازين (Davis & Cole; 1975; Silverstone & Turner; 1978) .

### **العقاقير الحديثة للذهان : « الموهومات النفسية » Psychodysleptics**

تعرف العقاقير الحديثة للذهان psychotomimetic أيضا باسم المهلوسات hallucinogens . وأكثر هذه العقاقير شهرة : المسكاليين وحامض الليسبرجيك دايثيلاميد LSD ، وقد اشتقت هذه الأسماء من حقيقة مؤداها أن تأثيرات هذه العقاقير تظهر اضطرابات تحاكي الاضطرابات الذهانية .

ويرتبط عقار المسكولين كيميائيا بالأدرينالين ، وله تأثيرات نفسية مشابهة لعقار ل.س.د. LSD ، وحين يؤخذ هذا العقار بجرعات صغيرة فإنه يغير عالم الإدراك والخبرة دون خفض شديد لمستوى الوعي (van Praag, 1978, P. 364) .

وكان عقار ل.س.د. LSD موضوعا للنشر لما يزيد عن ألف مؤلف في الفترة من ١٩٥١ — ١٩٦٢ (van Praag, 1978) ، وقد استخدم بوصفه مساعدا للعلاج النفسى ، كما درس باعتباره أساسا كيميائيا حيويا محتملا للفصام .

## الفاعلية

للعقاقير المحدثه للذهان بوجه عام ثلاثة استخدامات أساسية في علم الأمراض النفسية : أولا : تمدنا باستبصار بالاضطرابات الذهانية المتنوعة . وثانيا : تقيد في اختبار العلاج بالعقاقير الأخرى ، وثالثا : تستخدم في علاج المرضى في مرضهم الأخير ومدمنى الكحوليات .

وفي أواخر الخمسينيات وأوائل الستينيات من القرن العشرين ، وقبل أن يبدأ شباب العالم الغربى في تجربة هذه العقاقير في بحثهم الذاتى عن توسيع مدى الوعي لديهم ، سار الأطباء النفسيون والمتخصصون في الصحة النفسية على هدى بعض الفنانين — مثل «الجرس هكسلي» (Huxley, 1954, 1956) — وجربوا تأثيرات المسكولين وعقار ل.س.د. بأنفسهم . وقد كان هناك اهتمام دائم ببحث مسألة صدق التقارير اللفظية للخبيرة الذاتية ( انظر على سبيل المثال : (Watson; 1914; Sarbin & Juhasz, 1967) ، واعتمد تبرير

استخدام العقاقير المحدثه للذهان على أساس أنها تيسر فهم طبيعة الاضطرابات الذهانية والاستبصار بها . وهناك أيضا استخدام مختصر لهذه العقاقير في تطوير العقاقير المضادة للذهان واختبار آثارها ، اذ



تعطى للحيوانات لاهداث « نموذج للذهان » ، ثم يعالج بعد ذلك بالمعيار الجديد . الا أنه اتضح عدم جدوى هذين الاستفدلمين ، حيث تبين أن التشابه بين الذهان المستحدث صناعيا والذهان الذى يحدث بشكل طبيعى لا يتعدى حدود المظاهر السلوكية السطحية .

وبمراجعة الاستخدام العلاجى لعقار ل.س.د.ه. انتهى «سمارت» (Smart, 1966) الى أنه غير مفيد فى علاج الأمراض النفسية والعقلية، اذ اتضح عدم أفضليته بالمقارنة الى العلاج الموجود حينذاك . وتبدو فائدته فقط حينما لا تقارن نتائجه بمجموعة ضابطة ، على حين تختفى قيمته عندما تستخدم الدراسات الدقيقة المحكمة (van Dusen et al., 1966; Smart et al., 1967).

### الآثار الجانبية المعاكسة

عزل التأكد من الآثار الجانبية المعاكسة للعقاقير المحدث للذهان نظرا لأن معظم البيانات جاءت من الاستخدام غير الطبى ، حيث يتناولها شباب صغار السن ، غير معروف شخصياتهم قبل المرض ، وهم يأخذون كميات غير محددة من عقاقير مجهولة مشكوك فى درجة نقائها ، وهم يتناولونها تحت ظروف غير محددة . وينساء عليه فقد احتجزوا فى المستشفيات للعلاج من السلوك الشاذ الذى تطور لديهم . وهناك احتمال آخر ، خاص ببعض النتائج ، يشير الى المناخ الاجتماعى الذى زاد رد فعله فى محاولة لاثارة فزع هؤلاء الشباب مما لحق بهم ، فكانت النتيجة نشر معلومات ضخمة وغير صادقة .

ومع وضع الاعتبار السابقة فى الذهن ، فقد افترض وجود عدد من الآثار الجانبية لهذه العقاقير ، ومن أكثرها خطورة : ردود الأفعال الذهانية الممتدة فترة طويلة ، ارتداد الخبرات الذهانية (Rosenthal, 1964; Frosch et al., 1965) ، ردود الأفعال غير الذهانية الممتدة مثل الفزع الحاد أو الخلط ، الاكتئاب ، السلوك المضاد للمجتمع أو

البيكوباتي ، المقلق الزمن (Cohen, 1966) ومن الآثار الجانبية الخطيرة أيضا : الانتحار ، القتل ، الاعتصاب (Knudsen, 1964) والتشنجات (Cohen, 1960) واصابات الأجنة والخلل الوراثي (Smart & Bateman, 1967; Cohen et al., 1967; Irwin & Egozcue, 1967; Dishotsky, et al., 1971)

## مركبات الليثيوم

اكتشفت مركبات الليثيوم Lithium قبل اكتشاف الكلوربرومازين بثلاث سنوات على يد « كاد » (Cade, 1949) الطبيب النفسي الاسترالي . وتحتل مركبات الليثيوم مكانة خاصة بين العقاقير الخافضة للتوتر . وهي مثل العقاقير المضادة للذهان ، فهي تكف السلوك الذهاني مع تسكين محدود فقط . ولكن ليس لها تأثير على العمليات المعرفية ، ومن الناحية الفعلية لها تأثير على جهاز المسارات الهرمية الخارجية extrapyramidal . ولذلك فهي مخصصة لعلاج حالات الهوس الحاد وتحت الحاد ، كما تستخدم بوصفها علاجا وقائيا للاكتئاب بنوعيه : أحادي القطب وثنائي القطب (Davis, 1976) . ولهذا صنفها « بيرجر » (Berger, 1976) مع مضادات الاكتئاب بوصفها عقاقير منشطة وليست عقاقير مثبطة نفسيا . ومع هذا فهي ليست فعالة بدرجة فاعلية العقاقير المانعة لكسدة المركبات الأحادية الأمينية — مثل مضادات الاكتئاب الثلاثية — في علاج الاكتئاب (Silverstone & Turner, 1978) .

والعيب الأساسي في مركبات الليثيوم أن تأثيرها لا يظهر الا بعد مرور عدة أيام قد تطول لتصل الى أسبوع (van Praag, 1978) كما أن هناك خطأ رقيقا بين الجرعات العلاجية والجرعات السامة (Berger, 1976) . وتتضمن الآثار الجانبية المعاكسة لمركبات الليثيوم : الغثيان ، الاسهال ، التعب ، نقص التركيز ، كثرة عدد مرات التبول ، العطش ، اختلال وظائف الكلى والغدة الدرقية المصاحب لبرامج العلاج الطويلة .

كما تؤدي زيادة الجرعات الى تسمم بالليثيوم ، فان ترك دون علاج يحدث زيادة في الأعراض من تشوش الوعى الى الحركات غير المتأزرة، ثم هلاوس وتوهمات ، الى نوبات صرعية ثم غيبوبة .

### المعالج المقوم للجزيئات Orthomolecular therapy

يتلخص هذا المعالج في اعطاء كميات كبيرة من الفيتامينات ، وقد نبع ذلك من الاستخدام التجريبي لفيتامينات «ب» وفيتامين «ج» في علاج الفصام على يد «هوفر ، أوسموند ، كالليك ، كاهان» (Hoffer, Osmond, Callbeck & Kahan, 1957) . ويتضمن هذا النوع من العلاج أيضا علاج الأطفال حديثي الولادة غير القادرين على تمثيل مادة الفينيلانين ولهذا يتبعون نظاما غذائيا خاصا تخفض فيه نسبة هذه المادة (Pauling; 1968) .

ويعرف المعالج المقوم للجزيئات بأنه المحقق للصحة النفسية والمحافظة عليها من خلال تغيير تركيز المواد التي توجد بشكل طبيعي في جسم الانسان مثل الفيتامينات (Pauling, 1974) . ويوجه المتخصص في الأمراض النفسية والعقلية عناية خاصة لهذا النوع من العلاج ، مفضلا اياه على استخدام المواد الكيميائية التي تستخدم لتصحيح العيوب المرضية المنشأ ، بل يستخدمها لتصحيح نقص مرضى . ولهذا فالمعالج المقوم للجزيئات شبيه جدا بالمنحى العلاجي الذي قدمه «سيلي» (Seleye) (انظر الفصل الثامن) والقائم على مساعدة الجسم بمجهوده الطبيعي لتحقيق الصحة والحفاظ عليها .

وقد قرر «سيد نستريكر ، كليكي» (Sydenstricker & Cleckley, 1941) أن المرضى المشخصين بالذهان التسمي والذهيان يمكن مساعدتهم بحامض النيكوتين (Osmond & Smythies, 1952) . كما يذهب فرض «الميثيل التحولي» الى أن تقديم الميثيل القابل للتحول مثل حامض النيكوتين يمكن أن يفيد مرضى الفصام . ويقرر

«هوفر» وآخرون، 1962، Hoffer, Osmond, & Hoffer, 1957) (Hoffer et al., 1964) أن استخدام جرعات مناسبة من حامض الفيكوتين والنيكوتين أميد يسهم في شفاء المرضى الفصامين ، إلا أن «هوفر» (Hoffer, 1966) قرر أنه غير مفيد في علاج الفصام المزمن، ولكنه يفيد فقط في حالات الفصام الحاد .

وقد أثير جدل كثير حول هذا الأسلوب العلاجي ، ويعد «بولينج» مبالغا في اعتبار فيتامين « ج » العلاج الشافي من نزلات البرد (Anderson, 1977) . كما أصدرت رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية تقريرا عام ١٩٧٣ ترفض كلية العلاج المقوم للجزيئات في الطب النفسي على الرغم من الردود الناقدة لهذا التقرير (Hoffer, 1974; Pauling; 1974) . وقد تركز الجدل — في جانب منه — فيما اذا كان هذا النوع من العلاج يؤثر مباشرة في علاج الأمراض النفسية والعقلية ، أو أنه ييسر فقط العلاجات الأخرى ، وبذلك يلقى الضوء على تعريف العلاج .

وهناك أيضا فروق بين الأفكار المتصلة بكيفية تفسير نتائج الدراسات التجريبية : ان الفشل في البرهنة على الفروق الجوهرية احصائيا ليس هو ذاته كالفشل في البرهنة على الفروق فقط (Pauling, 1973; Dunnett, 1966) . ويعلق المؤلف الأخير على الفرق الذي لا يعد فرقا ، والذي يختلف عن الفرق الجوهرى احصائيا .

### العلاج بالصدمات الكهربائية Electro-Convulsive therapy

يتضمن هذا العلاج استخدام تيار متردد ، بتردد من ٥٠ — ٦٠ ذنبذة في الثانية ، ويتراوح من ٧٠ الى ١٥٠ فولت على جبهة الرأس من صدغ الى صدغ ، لفترة ما بين ١/١٠ ثانية الى ثانية كاملة (Laqueur, 1975) . وإذا كان الفولت أقل من ٥٠ فانه يكون مؤلما فقط ، أما اذا كان من ٥٠ الى ٧٠ فولت فان المريض يصبح فاقدًا للوعي ، وإذا كان الفولت أكثر من ٧٠ فانه يؤدي الى نوبات مرعية

تشبه النوبات الصرعية الكبيرة وتستمر من ٣٠ ثانية الى ٦٠ ثانية . وينفذ الى المخ في هذه الفترة من ٢٠٠ الى ١٦٠٠ مللى أمبير من التيار (Smith et al., 1942 ; Detre & Jarecki, 1971) . ويختلف عدد الصدمات ومعدلها في هذا الأسلوب العلاجي ، الا أن العدد المعتاد هو ست صدمات بمعدل صدمتين في الأسبوع (Royal College of Psychiatrists, 1977) .

### التطور التاريخي

هناك دليل على أن الكهرياء قد استخدمت في العلاج مدة طويلة قبل معرفة خواصها الطبيعية ، ومن المحتمل أن أول ظاهرة كهربية انتبه اليها كان الشحنات الحيوية الكهربائية التي يفرغها نوع معين من الأسماك . وهناك ثلاثة أنواع من هذه الأسماك لها القدرة على إطلاق صدمات ذات شدة تصل الى أحداث الشلل ، وتوجد هذه الأنواع بالقرب من أماكن الحضارات القديمة (Kellaway, 1946) . وكلمة « خدر » Narcosis مشتقة من الكلمة الإغريقية القديمة Narkē وتعني الخدر أو فقد الاحساس ، وكانت أيضا اسما لسمك السلور ( سمك القط ) الكهربى الموجود في نهر النيل ، وأيضا سمك الشعاع الكهربى الموجود في البحر المتوسط . وكلمة «خادز» Torpid وتعنى : المتبلد الخامل الكسول الذى لا يتحرك ولا يشعر ، لها الأصل اللاتينى ذاته لكلمة « الرعاد الكهربى » Torpedo وهو الاسم الرومانى القديم لسمك الشعاع الكهربى . وأول تسجيل للاستخدام العلاجي للكهرباء يعزى الى الرومان القدماء ، حيث كان الأطباء الكهنة يضعون سمك الشعاع الكهربى الحى على جبهة المرضى الذين يشكون من الصداغ المزمن (Kellaway, 1946) .

وخلال القرن الثامن عشر كان هناك زيادة سريعة في المعرفة

بالكهرباء • وفي عام ١٧٤٥ اخترع « وعاء ليدين Leyden Jar » ،  
وفي عام ١٧٥٢ نفذ « بنيامين فرانكلين Benjamin Franklin » تجربته  
الشهيرة « الطائرة الورق التي تطير » • وبذلك أصبح المناخ ملائما  
لنمولاء المهتمين بوظائف الجسم ليفكروا في الكهرباء بوصفها بديلا  
لنموذج « جالينوس » الهيدروليكي للجهاز العصبي • ويعتمد هذا النموذج  
على تصور مؤداه أن الأعصاب عبارة عن أنابيب مجوفة تتدفق خلالها  
المسائل في العضلات فتتفخ ، وبذلك تنصهر أو تنقبض ، وظل هذا  
التصور رائجا ما يقرب من ١٥٠٠ سنة •

وفي عام ١٧٨٦ برز « ليونجي جلفاني Luigi Galvani »  
أستاذ التشريح بجامعة «بولونا» بإيطاليا ، وقام بربط أرجل ضفدعة  
مقتولة حديثا في خفاف نحاسي ، وعلق الخفاف على قضيب حديد ،  
فالتوت أرجل الضفدعة بعنف عندما لامست القضيب • وعلى الرغم من  
أن تفسير «جلفاني» بأن أرجل الضفدعة احتوت على الكهرباء التي  
أطلقت عندما لامست المعدن كان تفسيرا خاطئا فانوا كان متسقا مع  
كل من المعلومات عن الكهرباء في ذلك الوقت ، وكذلك مع نظريات  
« أنتون مسمر Anton Mesmer » ( ١٧٣٤ - ١٨١٥ ) عن الكهربائية  
الحيوانية والمغناطيسية ، والتي كانت شائعة حينذاك •

وقد قرر «شاركو» Charcot ( ١٨٢٥ - ١٨٩٣ ) أن يستخدم  
تيارات كهربية ذات فولت منخفض في علاج الهستيريا ، ولكن الطرق  
الكهربية استخدمت في أوائل القرن العشرين أساسا في الدراسات  
التجريبية مع الكلاب والأغنام لاحداث حالة من النوم الطويل وتشنجات  
شبيهة بالصرع ، ومع ذلك ظهرت الجوانب التكنولوجية بوضوح في  
هذا الوقت •

ومن الناحية الاكلينيكية ، فان تطور العلاج بالصدمات الكهربائية  
ECT قد نتج عن ملاحظتين وهما : ان معدل حدوث الفصام بين

الأشخاص المصابين بالصرع أقل بكثير من بقية الجمهور عامة ، ويبدو أن هؤلاء الأشخاص الذين يكتفون عن الاضطرابين معا يحدث لديهم شفاء مؤقت من أعراضهم الفصامية بعد النوبات الصرعية التلقائية . وقد تأكد بعد ذلك أن كلا من الملاحظتين غير صادق ، ولكن الاكينيكيين بعد ذلك تقدموا تقدما واضحا في بحثهم عن طريقة لاهداث نوبات الصرع صناعيا بوصفها وسيلة لعلاج الفصام .

وفي عام ١٩٣٧ نقل «نيرو» (Nyiro, 1937) دما من المصابين بالصرع الى المصابين بالفصام ، الا أنها كانت محاولة غير ناجحة . وكان «ميدونا» (Meduna, 1936; 1938) أكثر نجاحا إذ أحدث النوبات الصرعية من خلال الحقن في العضل بمحلول يحتوى على ٢٥٪ من الكافور في الزيت ، الا أنه اتضح أن هذا الاجزاء لا يمكن الاعتماد عليه حيث ان النوبات اما أنها قد لا تحدث على الاطلاق ، أو قد تحدث بتكرار كبير بعد ساعتين من الحقن ، وقد تحدث أيضا عدة نوبات صرعية متتالية . واستبدلت بعد ذلك بحقن الكافور في الزيت والتي تعطى في العضل بحقن الكافور الخليقي المذاب في الوريد . وعرفت مادة بينتاميثيلنتيترازول Pentamethylenetetrazol في النشرات الأوروبية الأصلية باسم كارديوزول Cardiazol ، كما عرفت في شمال أمريكا باسم ميترازول Metrazol (Laqueur, 1975) . وكان يحقن ١٠٪ من محلول الميترازول في الماء ، وعلى الرغم من أنه كان أكثر ثباتا من الكافور في الزيت ، فقد كانت هناك نسبة مرتفعة من الكسور وحالات الوفاة ، وكذلك الخوف الشديد والتوجس من قبل المرضى قبل فقد الوعي ، مما جعل منه علاجاً منفرداً .

وفي هذا الوقت أصبح «يوجو سيرلتي» Ugo Cerletti واعيا بنظريات «ميدونا» عن التعارض بين الفصام والصرع . وقيل ذلك قضى «سيرلتي» أعواما عديدة يجرى تجاربه على النموذج

الحيوانى للصرع الانسانى ، وقد أحل الكهرباء محل العقاقير ، حيث ان الكهرباء كانت أكثر ملاءمة عند الرغبة فى احداث نوبات صرع متتالية لدى الحيوان ذاته . وعندما أصبح «سيرلتي» واعيا بنظريات «ميدونا» ، قام هو مع «بيني» Bini عام ١٩٣٨ بحلال الكهرباء محل الميترازول فى علاج مريض فصامى ذكر . وكانت محاولتهما الأولى غير ناجحة ، ولكنهما تغلبا على الاعتراضات الموجهة اليهما من زملائهما ، وذلك بزيادة التيار فى المحاولة الثانية التى أدت الى نوبة صرعية عامة . وبعد سلسلة من المحاولات العلاجية كان هناك تحسن كاف فى حالة المريض بحيث عاد الى بيته فى ميلان Milan . وأصبح العلاج الكهربى التشنجى ECT أسلوبا متبعا فى الطب النفسى (Valenstein, 1973) .

### الأساس المنطقى

ان الموضع التشريعى وكذلك الطريقة التى تعمل بها الصدمات الكهربائية التشنجية غير معروفين على وجه التحديد . وقد حدد جوردون (Gordon, 1948) ما لا يقل عن خمسين نظرية وضعت لبيان الفاعلية العلاجية للصدمات الكهربائية ، حيث فشلت النظريات ذات التوجه السيكلوجى فى تفسير انتظام نتائجها مع اختلاف الأعراض (El Miller, 1967) أما النظريات العضوية فمن السهل دحضها • (Kalinowsky, 1975)

وقد استشهدت النظريات اللاحقة ( انظر مثلا : Dies; 1968) بنظريات التعلم ، الا أن التفسيرات السيكلوجية الأولية كانت تدور حول خطوط التحليل النفسى • فالخوف الشديد والتوجس الذى يخبره المرضى قبل فقد الوعى باستخدام علاج الميترازول أدى الى وضع عدة نظريات ، تتضمن الاعتقاد بأن المريض حينما يستعيد وعيه يخبر مشاعر الابتهاج لكونه خلق من جديد بعد الموت ، كذلك الاعتقاد بأن التهديد بالموت يحرك غرائز الحياة لدى المريض • ولكن احلال الكهرباء



محل الميترازول قد قلل من خوف كثير من المرضى ، ومع ذلك ظل هذا العلاج فعالا . وحقيقة أن الصدمات الكهربائية فعالة بصفة خاصة في علاج الاكتئاب الذهاني ، حيث ان توهم الشعور بالذنب قد أدى الى النظرية القائلة بأن المريض يرى أن العلاج عقاب له وكفارة لأثامه . ولكن هذا لا يفسر فاعلية الصدمات الكهربائية في علاج الاكتئاب غير الذهاني وفي علاج المرضى الذين لا يعانون من مشاعر الذنب . وربما كانت أكثر الأدلة ضد مثل هذه النظريات السيكلوجية مبنية على ملاحظة مؤداها أنه لكي يكون العلاج بالصدمات الكهربائية فعالا فلا بد أن ينتج عنه نوبة صرعية ، الا أن فكرة نقل المريض ببساطة الى حالة اللاوعي ليس كافيا (Miller, Clancy & Cumming, 1953, Brill et al., 1959 ; Kalinowsky, 1975).

وقد اعتقد المستخدمون الأوائل للعلاج بالصدمات الكهربائية أن العلاجات الصدمية المتنوعة تحدث بعض التغيرات الكيميائية الحيوية في المخ . فعلى سبيل المثال اقتنع «سيرلتي» بأن الصدمات الكهربائية تطلق بعض المواد ذات الحيوية المرتفعة ، ولها خواص دفاعية أطلق عليها مصطلح « مواد دفاعية » *acrosagazines* . وليختبر هذه النظرية حصل على معلق سائل متجانس من أمخاخ خنازير صدمت بطريقة متكررة ، وقام بحقن المرضى السيكياتريين بها .

ولاحظ «سيلي» (Setye, 1955) — بعد حوالي عشرين عاما من «سيرلتي» — أن الضغط أو الانصباب *Stress* غير المحدد يمكن أن يكون له خواص علاجية تحت ظروف معينة . فقد استخدم الجلد أو الضرب بالسياط في العصور الوسطى لعلاج المجانين وقد استبدل بذلك العلاج بالحمى وفصد الدم والصيام وصدمة الميترازول وصدمة الانسولين والصدمات الكهربائية واجراءات أخرى عديدة من شأنها كلها اثارة الاستجابة غير النوعية للانصباب .

وفي أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات سادت نظرية مؤداها أن العلاج بالصددمات الكهربائية ينتج تفاعلاً متزايداً بين الهرمون المنبه للحاء الكظر (adrenocorticotrophic hormone (ACTH) والابنفرين (الأدرينالين) ويعد الأول أساسياً في علاقته باستجابة الانعصاب (انظر الفصل الثامن) ولكن ربما يكون التفسير الشائع الآن أكثر هو أن العلاج بالصددمات الكهربائية يؤدي إلى زملة أعراض عضوية بالمخ organic brain syndrome تموق أو توقف العمليات المعرفية والوجدانية الشاذة بفعل تعطيل الوظائف اللاحائية العامة .

### الفاعلية

البحوث الموضوعية في هذا المجال مسألة صعبة ( انظر : Costello, 1976 ) ، ولكن فاعلية العلاج بالصددمات الكهربائية تتوقف على عديد من المتغيرات أهمها نوع المرض ومدته .

وتشير المقارنة بين المجموعات التشخيصية المختلفة إلى أن العلاج بالصددمات الكهربائية — على الرغم من تاريخ نشأته — ذو استخدام محدود في علاج الفصام (May, 1968) على حين تقتصر قيمته العلاجية على علاج الاكتئاب وبخاصة الاكتئاب الداخلي (endogenous (الذهاني) (Royal College of Psychiatrists, 1977) . وتبلغ نسبة الشفاء بالنسبة للسواد الارتدادي (involutional melancholia) ٨٥٪ ، وتتراوح من ٧٠ — ٧٢٪ لذهان الهوس : الاكتئاب ، وصفر٪ بالنسبة لمرض الفصام (Smith et al., 1942) هذا على الرغم من أن بعض الدراسات الأخرى أوضحت فاعلية العلاج بالصددمات الكهربائية لبعض مرضى الفصام الذين لم يستفيدوا من العلاج بالمعاقير (Greenblatt, 1977) .

ويغد متغير مدة المرض أكثر أهمية من متغير نوع المرض في التنبؤ بنجاح العلاج بالصددمات الكهربائية (Kalinowsky & Worthing, 1943)

• Wechsler, Grosser & Greenblatt, 1965)

وقد وجد «كالينوسكى ، ورثنج» (Kalinowsky & Worthing, 1943) أنه بالنسبة لمدة المرض التى تقل عن ستة أشهر يبدى ٦٧٪ من المرضى تحسنا ، وللمدة من ١٦ — ٢٤ شهرا يصل معدل التحسن الى ٤٣٪ ، وإذا زادت مدة المرض عن ٢٤ شهرا فإن نسبة التحسن تبلغ ٩٢٪ فقط . وقد وجد « بات » (Batt, 1943) أن معدل الشفاء يكون مرتفعا اذا كان الاكتئاب يعالج فى أول مرحلة من مراحل المرض .

### الآثار الجانبية المعاكسة

من الآثار الجانبية المعاكسة الكبرى للعلاج بالصدمات الكهربائية « زملة الأعراض العضوية الحادة بالمخ » : الخط ، فقدان الذاكرة وبخاصة للأحداث القريبة ، اختلال التوجه Disorientation (التوهان) (Cronholm & Ottosson, 1963, Greenblatt, Grosser & Wechsler, 1964 ; Squire, 1975; Squire & Chace, 1975 ; Friedberg, 1977) وهذه التغيرات لا تستمر ، ولكن المرضى يخبرون اختلالا فى التذكر والتعلم أكثر شدة من ذى قبل (Squire & Chace, 1976) .

وقد نتج عن العلاج بالميترازول والاستخدام المبكر للصدمات الكهربائية كثير من كسور العظام ، وأكثرها شيوعا كسور الضغط على الفقرات بفعل التقلص الشديد لعضلات الظهر أثناء النبوة ، وتتراوح نسبة حدوث الكسور من ٥ — ٤٧٪ (Stalker, 1938; Easton & Sommers, 1942; Smith et al., 1942) وقد أمكن التقليل من هذه الآثار فيما بعد ، وذلك باستخدام مرخ للعضلات قبل اعطاء الصدمة . وقد تحدث الوفاة بسبب الصدمات الكهربائية ولكنها نادرة ( أقل من واحد فى الألف ) ، ويكون سببها توقف مفاجئا للقلب (Impastato & Almansí, 1942 ; Kolb & Vogel, 1942 ; Barker & Barker, 1959; Hesche & Roeder, 1976) وهذه نسبة ضئيلة جدا بالمقارنة

بنسبة وفيات مرضى الاكتئاب الذين لم يعالجوا بالصدمات الكهربائية اذ  
تبلغ ١١ - ١٥٪ (Fuller, 1930) .

وللتقليل من الخلط وفقدان الذاكرة الذي يرجع أساسا الى مرور  
تيار كهربى في المخ وليس الى حدوث التشنج توضع الأقطاب في مؤخرة  
الرأس ومقدمتها لتنبه نصف الكرة المخى غير المسيطر (D'Elia & Rantma,  
1975) ، فهذا التنبيه الأحادى يقلل من اختلال عملية التذكر .  
(Lancaster, Steinert & Frost; 1958, Cannicott, 1963, Martin;  
Ford, McDonald & Towler, 1965, Impastato & Karliner, 1966;  
Cannicott & Waggoner, 1967 , Halliday, Davison, Browne &  
Dreeger, 1968 ; Valentine, Keddie & Dunne, 1968 ; Zinkin &  
Birchneil, 1968 ; and Costello, Belton, Abra & Dunn; 1970).  
ومع ذلك فقد تؤدي هذه الطريقة أحيانا الى فاعلية علاجية منخفضة  
(Impastato & Pacella, 1952 ; Cannicott, 1962 ; Gottlieb &  
Wilson, 1965 ; Zamora & Kaelbling, 1965 ; Levy, 1968)  
وتعد نتيجة هذه الدراسات محل شك (McAndrew, Berkey &  
Matthews, 1967 ; Harper & Wiens, 1975) .  
ومازال الأسلوب المقتن يتضمن بعد ذلك طريقة وضع الأقطاب على  
الجانبيين ، وهى الطريقة التى وضعها أصلا « سيرلتي ، بينى »  
(Cerletti, & Bini, 1938) .

### الجراحة النفسية Psychosurgery

الجراحة النفسية هى نوع خاص من جراحة المخ ، وتعرفها منظمة  
الصحة العالمية (WHO, 1976) بأنها « ازالة جراحية انتقائية أو تدمير  
لمسارات عصب ، وذلك نظرا لتأثيرها السلوكى » . ويصفها  
« بريدجس ، بارتلت » (Bridges & Bartlett, 1977) بأنها «علاج  
جراحى لأمراض سيكياترية معينة ناجمة عن أعطاب Lesions متمركزة  
في أماكن مخية نوعية ، وتتسم بتدمير نسيج تشريحي سليم بهدف احداث

تغير مرغوب في السلوك ، أو من أجل شفاء أعراض نفسية مثل التوتر والقلق .

## التطور التاريخي

ساد أحيانا لدى الرومان واليونان القدامى وكذلك في مجتمعات بدائية معينة ، عمل ثقوب في الجمجمة ، وعلى الرغم من أن هذا الاجراء يخفف الضغط على المخ ، فقد كان يعد بصفة عامة مخرجا أو متنفسا للابخرة والرطوبة أو الأرواح الشريرة التي كان ينظر اليها على أنها المسؤولة عن السلوك الشاذ للمريض . وأثناء القرن الثاني عشر أوصى « روجر فروجاردي » Roger Frugardi بالمركز الطبي في ساليرنو بفتح الجمجمة في حالات الهوس والسواد ( الاكتئاب الشديد ) للسماح للسموم والمواد الضارة الأخرى بالهرب . كما قدم «ماركوس أورليوس سيفيرينيوس» توصية شبيهة بذلك أثناء القرن السابع عشر . ولكن الجراحة النفسية كما تمارس اليوم مأخوذة في الأصل من الطبيب النفسي السويسري « جوتليب بيركهاردت » Gottlieb Burchhardt .

وأثناء القرن التاسع عشر ساد المفهوم البيولوجي للمرض النفسي والعقلي ، وعد المرض النفسي أو العقلي مرادفا للمرض المخي ، وكان السلوك المضطرب لدى أشخاص معينين يعزى الى اضطراب نوعي بالمخ . وبناء على ذلك كانت الجراحة النفسية النتيجة المنطقية لما قرره شخص ما في أن يمحو السلوك المضطرب عن طريق التدمير الانتقائي للأجزاء المضطربة في المخ ( Chorover, 1974) .

ولاحظ « فريدريك جولتز » (Goltz, 1892) أن الكلاب يمكن أن تستثار بسهولة حتى تصبح في نوبة غضب شديد بعد ازالة كاملة للحاء المخي الجديد Neocortex ولكن اذا كان التدمير يتعلق فقط بالحاء الصدغي temporal cortex فانها تصبح أهدأ من الطبيعي .

وقد حدثت هذه الملاحظات التي أثبتتها «جولتر» و «بيركهاردت» للقيام بعمليات جراحية لسته من المرضى الذهانيين في أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات من القرن التاسع عشر ، وقد توفي واحد من مرضاء بعد العملية ، على حين أظهر الخمسة الآخرون بعض التحسن . وحينما كتب «بيركهاردت» تقريراً بهذه النتائج عام ١٨٩٠ نص على أنه : على الرغم من أن بعض الأطباء يؤيدون فكرة « عدم الحاق الأذى بالمرضى بأى حال من الأحوال » ، فإنه يتبع المبدأ القائل بأنه : « الأفضل أن يكون هناك علاج مشكوك فيه بدلاً من عدم وجود علاج على الإطلاق » . ومع ذلك فقد قاوم المجتمع الطبى — فى ذلك الوقت — بشدة عمل «بيركهاردت» .

وفى عام ١٩١٠ قام « لودفيج بيوسب » Punsepp — جراح الأعصاب الروسى — بقطع الألياف الموصلة بين اللحاء الجبهى frontal والجدارى parietal فى أحد جانبي المخ لدى ثلاثة من مرضى الاكتئاب/الهوس ، ولكن ذلك قوبل بتجاهل كبير ، وذلك كما حدث للأعمال المبكرة لـ «بيركهاردت» . وظل الحال هكذا حتى عام ١٩٣٥ حيث اكتشف أيضاً العلاج بغيبوبة الانسولين ، والميترازول وكذلك العلاج بالصدمات الكهربائية ، فأصبح المخاض الاجتماعى مهيباً لتطور الجراحة النفسية .

ثم كان التقرير الصادر عن المؤتمر الدولى الثانى فى لندن والذى قدمه متفحصان فى فيزيولوجيا الأعصاب وهما : « جون فولتون ، كارلايسل جاكبسون (Fulton & Jacobsen, 1935) عن التفسيرات السليكية الناجمة عن استئصال مناطق الترابط الجبهية frontal association areas فى شقى المخ لدى اثنين من الشمبانزى : « لوسى ، بيكى » . وقد نبه ذلك كلا من «مونيز» Moniz ، «ليما» Lima ، وفى خلال عام طورا أسلوباً للجراحة النفسية استخدماه مع حوالى خمسين من المرضى ، ونشرا كتاباً عن هذا الموضوع ، وقاما بإجراء عشرين عملية خلال عشرة أسابيع (Chorover, 1974) .

ومن عام ١٩٣٥ حتى ظهور العقاقير المهدئة في أوائل الخمسينيات من أي حوالى عشرين عاما تقريبا - قدر عدد جراحات فصوص المخ الجببية بحوالى سبعين ألف جراحة في الولايات المتحدة وبريطانيا العظمى . ويعد « وولتر فريمان » Freeman عميد جراحة فصوص المخ الجببية في أمريكا حيث قام بإجراء ما يزيد عن ثلاثة آلاف وخمسمائة عملية (Chorover, 1974) كما قام « توث ، نيوتن » (Tooth & Newton; 1961) بمسح لما يزيد على عشرة آلاف من المرضى الذين أجريت لهم هذه العمليات في بريطانيا العظمى في الفترة من ١٩٤٢ الى ١٩٥٢ ، وتقع هذه المدة بين الحرب العالمية الثانية والتقدم الكبير في العلاج الكيميائي . وكان هناك أعداد كبيرة من المرضى الذهانيين المقيمين في المستشفيات للعلاج ، وقد نظر الى جراحة الفص الجببي بحماسة أكثر من الحذر ، كما نظر اليها بوصفها مهارة فنية أكثر من الفهم السيكياتري أو الفيزيولوجي العصبي لها (Lancet, 1972, P. 69) .

وفي وقت أحدث من ذلك ، أشار جراحو الأعصاب أنه في الفترة من ١٩٧١ - ١٩٧٣ تم إجراء ٩٧١ جراحة للألم الشديد والمشكلات السيكياترية في الولايات المتحدة ، ٦٧ في كندا (Donnelly, 1978) . وفي الفترة من ١٩٧٣ - ١٩٧٥ أجريت حوالى ٢٠٠ - ٢٥٠ عملية جراحية في بريطانيا العظمى ، ٨٣ عملية في أستراليا (National Commission, 1977) .

### الأساس المنطقي

أثار « بيركهاردت » عام ١٨٩٠ النقاش الدائر حول تمركز وظائف المخ ، ولم يجادل فقط في أن الحياة النفسية أو العقلية تتألف من عناصر مفردة يمكن أن تتمركز في أجزاء منفصلة من المخ ، ولكنه جادل أيضا في حق الجراحين في قطع أجزاء وفصل الروابط connections المسببة للمرض النفسي أو العقلي (Valenstein, 1973) . وكانت عملياته الأولى

عبارة عن تحويل شخص عدواني شرس الى شخص هادئ غير مؤذ ، وافترض أن سلوك المريض يرجع الى منبهات حسية من نوع شاذ تصل الى المنطقة الجراحية في اللحاء . ولذلك أجرى سلسلة من أربع عمليات جراحية قطع فيها «بيركهاردت» الروابط بين المناطق الحسية والحركية في الفص الجداري الأيمن (Kalinowsky & Hippus, 1969) .

وأظهرت حيوانات « فولتون ، جاكسون » عام ١٩٣٥ عجزا ملحوظا في التفكير والتعلم ، ففي مواقف عديدة بأن المنبهات التي كانت تثير لديها من قبل التهيج والاحباط الزائدين أصبحت غير مكتثرة لها . وبعد سماع ذلك ، حرك «مونيز» مكان العملية الى الفصوص الجبهية ، على أساس أن ازالة الفص الجبهي يمنع تطور العصاب التجريبي ، ويقلل من سلوك الاحباط لدى الحيوانات . ومن ثم يصبح من المعقول تخفيف حالات القلق لدى الانسان بالوسائل الجراحية . وقد قامت عملياته التالية على النظرية القائلة بأن التدخل الجراحي يمكنه أن يعطل أو يدمر بكفاءة الروابط الخلوية ( بين الخلايا ) الموجودة في الفصوص الجبهية في المخ ، والتي رأى أنها مسئولة عن العمليات النفسية الشاذة . (Greenblatt et al., 1950 ; Kalinowsky & Hippus, 1969; Rees; 1973) .

وأرست فكرة تركز الوظائف افتراضا أساسيا للجراحة النفسية، فقد اعتمدت كل الطرق الجراحية التي تطورت بعد «مونيز» على افتراض مؤداه أن قطع مسارات الأعصاب أو فصلها بين الفصوص الجبهية وسائر أجزاء المخ وبخاصة المهاد وبقية أجزاء الجهاز الطرق (اللمبي) سوف تخفف من العذاب الانفعالي الناتج عن الأفكار المضطربة والهالوس . وكان يفترض أن الفصوص الجبهية هي مركز التفكير المنطقي والعقلاني ، على حين كان المهاد ( وبقية تراكيب الجهاز اللمبي فيما بعد ) يعد مركزا للانفعالات ، فعلى سبيل المثال كان «فريمان ، واتس» (Freeman & Watts, 1942) ينظران الى المهاد



على أنه مركز انفعالي مهم يمكن أن يزودنا بالأفكار المرضية ، ورأى كل منهما أن تعطيل الروابط بين المهاد واللحاء الجبهي خطوة ضرورية في تخفيض ردود الأفعال الانفعالية المصاحبة لهذه الأفكار ، (Greenblatt et al., 1950).

## الأساليب الجراحية

لكي يحدث الايقاف الضروري لمسارات المخ ، برهن الجراحون النفسيون على البراعة ، والمهارة التكنولوجية (Valenstein, 1973). Bridges & Bartlett, (1977) فقد هوجمت الطاقة الاشعاعية المهادية الجبهي Thalamo-Frontal radiation في جذورها في المهاد (Spiegel, Wycis & Freed; 1949) وفي مسارها (Scoville, 1968) وحتى نهايتها في الفصوص الجبهي (Pool, 1949) ويتم الوصول الى هذه المناطق من أعلى (Spiegel, Wycis & Freed; 1949) ومن الجنب (Moniz, 1936) ومن أسفل (Flamberti; 1937) ويتم التدخل في عمل هذه المناطق عن طريق القطع (Freeman & Watts, 1950) ، أو بوساطة التجلط coagulation الكيميائي ( في البداية أحدث «مونيز» الأعطاب عن طريق الحقن بالكحول ) ، أو بوساطة التجلط الكهربائي (Spiegel, Wycis & Freed; 1949) أو بالتجميد (Kelly, Richardson & Mitchell-Heggs, 1973) أو بغرس مواد مشعة (Knight, 1965. 1969a, 1969b) وأيضا بوساطة الموجات فوق الصوتية والموجات الاشعاعية المركزة (Lindstrom, 1954) .

ويشار الى الأساليب الجراحية المختلفة بسلسلة ثرية من الأسماء: إستئصال الفص lobectomy ( قطع الفص أو الفصين الجبيين معا أو pole الجبهي ) ، الاستئصال الدائري أو الطزوني gyrectomy ( إزالة اللحاء بقطع الخطوط على طول الشق ) ، الاستئصال الصغير

topectomy أو الجراحة الصغيرة ) استئصال متماثل لمناطق نوعية من اللحاء الجبهي ) ، الاستئصال الطوقى الأمامى anterior cingulectomy ( إزالة الجزء الأمامى من فوق التلافيف ) ، القطع تحت اللحائي cortical undercutting ، استئصال الفصين الجبهيين بالتوجيه الجسم (Knight, 1965, 1969a, 1969b, Rees, 1973) وهناك أيضا التفضيل الأوربي لكلمة leucotomy بدلا من الجراحة الفصية lobotomy لوصف الاجراء الأكثر شيوعا والذي يعبر ببساطة عن قطع الألياف العصبية التي تربط بين الفصوص الجبهية والمهاد .

وقد أنهى «واتس» Watts ارتباطه «بفريمان» (Freeman, 1948, 1971) حينما أيد الأخير دخول منطقة السطح الحجاجي orbital (المحجري) مباشرة بعد اعطاء صدمتين كهربيتين تعملان كمخدر . (Bridges & Bartlett; 1977) ولكن حدث التطور الجوهرى فى الأسلوب الجراحى حينما قدم «سبيجل» Spiegel) وآخرون (Wycis, Marks & Lee; 1947) أداة التوجيه الجسم بدلا من المشرط وابتدأ القطب الكهربى ، واستخدام أشعة اكس لتصوير التراكيب داخل الجمجمة كنقاط مرجعية .

ومع ذلك فإن التقدم فى الطرق الفنية يجب أن يوضع فى الاعتبار، وعلى الرغم من أن جراحى الأعصاب يميلون الى تحقيق شهرتهم واحترام زملائهم لهم عن طريق تطوير عمليات جديدة أو أجهزة ومعدات جديدة ، أو أن يكون لهم نصيب السبق بأن يكونوا أول من يستخدم التقدم الفنى الجديد ، فإن مثل هذه التجديدات ذات قيمة علمية محدودة . وعلى الرغم من القيمة الواضحة للإنجازات الفنية ( إذا لم يوازها فهم متقدم لآليات (ميكانيزمات) المخ ) ، فمن غير المحتمل أن تحقق أى تغيرات أساسية فى الممارسة العلاجية .

## الفاطمية

عدت الجراحة النفسية في البداية أكثر كفاءة في علاج حالات التوتر الانفعالي المعجز التي لا تستجيب لوسائل العلاج الأخرى ، فأحسن نتائج توصل اليها «مونيز» (Moniz, 1936) كانت مع المرضى الذين يعانون من الاكتئاب التهيجي Agitated depression على حين أبدى مرضى الفصام الزمن تحسنا طفيفا (Bridges & Bartlett, 1977) وقد فُحص « بوست ، ريس ، سكور » (Post, Rees & Schurr, 1968) (٥٢) من المرضى الزمنيين المقيمين في المستشفى والذين خضعوا لجراحة فصية ثنائية ، فوجدوا أن ٦٩٪ قد شفوا مباشرة من الأعراض الوجدانية الشديدة . كما قام « سايكس ، تريجولد » (Sykes & Tredgold, 1964) باستعراض لحالة ٣٣٠ مريضا تلقوا جراحة أسفل السطح الحجاجي أو المحجري ، ووجدوا معدلات تحسن كالآتي : ٦٩٪ للاكتئاب، ٤٤٪ للقلق ، ٣٠٪ فقط للعصاب الوسواسي *obsessional neurosis* .

ومع ذلك يقع المرضى الذين أجريت لهم الجراحة النفسية — من الناحية التاريخية — تحت ثلاث فئات تشخيصية كبرى : الفصام الزمن، الحالات النفسجسمية غير المتحكم فيها ، وحالات الألام غير المحتمل ، المرضى ذوي الشخصيات المتماسكة الذين أنهكتهم التوترات الوسواسية الى الحد الذي تعجزهم فيه .

كما أجرى عدد من العمليات لاضطرابات الطباع Character حيث يكون المرضى عدوانيين من الناحيتين الجسدية أو الجنسية ، ويمثلون خطرا على الآخرين (Roeder & Müller, 1969 ; Brown, 1972a, Kiloh & Smith, 1978) وقد عبر «براون» (Brown, 1972a) عن منطق اجراء هذه العمليات بأن أشار الى أنه على حين أن الشخص يتكلف حوالي ١٠٠.٠٠٠ دولار تقريبا اذا وضع في السجن لمدة عشرين عاما ، فإنه يتكلف حوالي ٦.٠٠٠ دولار تقريبا فقط حينما يقدم له المجتمع العلاج الطبي ( كالجراحة النفسية ) الذي يحوله الى مواطن مسئول حسن التوافق .

وتتناقض الآراء الى حد ما حول التوسع في استخدام الجراحة النفسية في علاج الفصام المزمن ، وكذلك استخدامها مع بعض حالات اضطراب الطباع . أما أهم الحالات التي لا يوصى باستخدام الجراحة النفسية معها فهي : التدهور الانفعالي ، الادمان على الكحوليات ، الادمان على العقاقير .

وهناك تساؤل مهم حول محددات فاعلية العلاج بالجراحة النفسية ( كما هو الحال في الصدمات الكهربائية ) : هل نوعية الاضطراب مهمة كدوام الاضطراب ، أو مدة الإقامة في المستشفى؟ ففى عام ١٩٥٣ لاحظ «فريمان» أن الجراحة النفسية اذا أجريت خلال ستة شهور من الإقامة في المستشفى تعود نسبة ٦٧٪ من المرضى ( أى اثنين من بين ثلاثة من المرضى ) الى المجتمع المنتج ، فإذا تأخرت الجراحة لستة أشهر أخرى تنخفض النسبة الى ٥٠٪ ، أما اذا تأخر إجراء العملية من عام الى عامين تكون النسبة ٣٣٪ ، أى يستطيع مريض واحد من بين ثلاثة من المرضى أن يعاود كسب عيشه أو الرجوع الى المدرسة . وبعد عشر سنوات تنخفض فاعلية العلاج الى ١٠٪ .

وفي عام ١٩٦٧ قرر «فريمان» أن مدة الإقامة في المستشفى هي المتغير المهم في الموقف ، فحوالي ٨٠٪ من مرضى الجراحة النفسية ممن ليس لهم تاريخ سابق في الإقامة بالمستشفى عادوا الى المجتمع في خلال عامين ، وذلك بالمقارنة الى ٣٠٪ من المرضى الذين قضوا ١٢ سنة في المستشفى قبل إجراء العملية . ومع الزيادة في مدة الإقامة بالمستشفى قبل إجراء العملية نجد تحسنا في الأعراض ، ولكن التوافق الاجتماعي يتحسن لديهم تحسنا طفيفا ، وكثير من المرضى الذين أخلى سبيلهم كانوا قد دخلوا بيوت الرعاية أو كانوا مع أعضاء من عائلاتهم يستندونهم .

وهناك تحليل من الشك في أن للجراحة النفسية آثارا مفيدة على

حالة المريض النفسية الذاتية ، اذ تخفض العملية من التوتر الانفعالي ( الخوف والقلق ) المميز لكثير من المرضى الذين يتعرضون لهذا النوع من العلاج ، وبجانب هذا تكون هناك مخاطرة كبيرة من حيث الآثار الاجتماعية الفيزيولوجية المعاكسة ، ويعنى ذلك أن معيار النجاح أو محك ليس مجرد التخفف من الأعراض ، ولكن فيما اذا كان المريض قادرا على الخروج من المستشفى بعد العملية ، وفيما اذا كان يستطيع الحصول على وظيفة مناسبة أم لا .

وقد أجرى «بيركهاردت» الجراحة لستة من المرضى ، توفي أحدهم بعد الجراحة ، على حين شفى أحدهم من الناحية الاجتماعية ، وعانى اثنان من تعقيدات متصلة بالتشنجات بعد العملية (Greenblatt et al 1950). وقد أشرف «هونيز» على إجراء العمليات لحوالى مائة من المرضى ، وكان نجاحه أفضل بدرجة طفيفة من «بيركهاردت» فى جانب واحد ، فبالنسبة للمشرين الأوائل من مرضاهم قرر أن ثلثهم شفوا تماما، على حين تحسن الثلث ، ولم يتحسن الثلث الأخير على الاطلاق ، ولكن نجاحه كان أقل من «بيركهاردت» من ناحية أخرى ، حيث أصيب أحد المرضى بشلل نصفي بعد الجراحة الفصية (Valenstein, 1973). وفى تقارير تالية لباحثين آخرين ظهر أن ثلثى المرضى الذين استفادوا من العلاج بالجراحة ( وقد لوحظ الأمر ذاته بالنسبة الى الصدمات الكهربائية قبل ذلك ) يدوم تحسينهم بصرف النظر عن الأسلوب الجراحى المتبع ، فعلى سبيل المثال قرر «ميللر» (Miller, 1967) فى دراسة له تتبع فيها ١١٦ من المرضى لمدة عشر سنوات أجريت لهم جراحة فصية قبل جبهية prefrontal lobotomy فيما بين عامى ١٩٤٨ ، ١٩٥٢ ، أن ٦٧٪ من المرضى تحسّنوا بشكل كاف للحياة خارج المستشفى .

وقد فحصت عوامل عديدة فى محاولة لتتقبة هذا الاجراء العلاجي، فاتفح أن النتائج الاكلينيكية الجيدة تعتمد على ذلك القدر من الفص

الجبهي الذي انفصل عن المهاد ، أكثر من اعتمادها على مكان القطع أو نوعه . وكلما كانت العملية محدودة جدا كانت عديمة الفائدة ، على حين أن العملية كلما كانت متسعة جدا كانت مدمرة ، وقد اعتقد «فريمان» (Freeman, 1967) أن تكرار العمليات أمر يتعين على الجراح أن يحاوله . هذا على الرغم من أن « بريدجس ، بارتلت » (Bridges & Bartlett, 1977) . قاما بعرض موجز لتاريخ عمليات الجراحة النفسية الثنائية المتوسطة والقطع تحت الحجابي أو المحجري ، واستخلاصا أن العمليات المحدودة جدا تؤدي الى نتائج أفضل وآثار جانبية أقل .

وقد أيد « فريمان ، واتس » (Freeman & Watts, 1950) إجراء العملية الأمامية للاضطرابات الوجدانية ، والعملية الخلفية للفصام ، مع ملاحظة أن القطع الأمامي يؤدي الى تغير طفيف في سلوك المريض، بينما يؤدي القطع الخلفي الى آثار جانبية عصبية معاكسة وتغير في الشخصية .

### الآثار الجانبية المعاكسة

ان استخدام الجراحة النفسية أساسا في علاج المرضى الذهانيين المزمنين المقيمين في المستشفيات ، جعل من الصعب التعرف الى الآثار الجانبية المعاكسة لها (Chorover; 1974) الا أنه أصبح من الشائع إجراؤها في الولايات المتحدة في الفترة ما بين ١٩٥٦ ، ١٩٥٩ في علاج حالات التوتر الوسواسي والأمراض النفسجسمية والألم غير المحتمل ، وعندما تتجبع العملية تخف هذه الأعراض أو تنتهي ، ولكن المريض غالبا ما يدفع ثمن تحسن أعراضه النفسية الذاتية باحدى طرق ثلاث : الموت ، اختلال الوظائف الجسمية ، تغيرات أساسية في الشخصية .

### الموت

أي عملية جراحية تحمل في طياتها خطر Risk الموت ، ويتراوح معدل الوفيات من جراء الجراحة النفسية من ١ - ٤٪ ، ويرجع ذلك عادة الى النزيف الذي لا يمكن التحكم فيه .

## اختلال الوظائف الجسمية

الآثار الفيزيولوجية الأكثر شيوعاً هي : الصرع ، سلس البول ، السمنة ، ولكن القائمة طويلة ، فقد أحصى «مونيز» عدداً آخر منها مثل : اضطرابات العضلات العاصرة ، بطء حدة العين ، اختلاف حجم العينين *anisocoria* ( عدم تساوى قطرى الصدقة فى العينين ) ، التشنجات ، اختلال التوجه *disorientation* (التوهان) (Greenblatt et al., 1950) كما أوضح « فريمان ، واتس » (Freeman & Watts, 1950) آثاراً جانبية أخرى بعد قيامهما بـ ٦١٠ عمليات تناولت ٥٣١ مريضاً مثل : الضمور اللحاءى *cortical atrophy* - الشلل النصفى الخفيف *hemiparesis* ( شلل عضلى فى أحد جانبي الجسم ) الورم الدموى المخى الداخلى المزمن *chronic intracerebral haematomas* ( التجمع الوعائى الزائد للدم المتجلط ) - التهاب السحايا *meningitis* - خراجات المخ *brain abscesses* أو المصدوى الميكروبية - همود الرئة *atelectasis* ( اخفاق جزء من الرئة ) والالتهاب الرئوى *pneumonia* - التهاب الصفاق ( البريتون ) *peritonitis* - الصدمة ، التشنجات .

وقد ذكر الصرع كثيراً بوصفه أحد الآثار الجانبية التالية للجراحة النفسية ، وتتراوح نسبة حدوثه بين ١ - ٣٠٪ ، وتزيد النسبة فى حالة العمليات الواسعة التى شملت مساحة كبيرة من المخ ، وكذلك مع مضاعفات العملية ، وبعض أمراض المخ . وقد تحدث النوبات مباشرة بعد العملية أو قد تظهر لأول مرة بعد خمس إلى عشر سنوات من اجراء العملية . وعندما تحدث النوبات الصرعية بعد مدة طويلة من اجراء العملية ، يكون من الصعب الكشف عنها من قبل الفريق الجراحى أو البحوثى ، فنادراً ما يحدث تتبع المريض لمدة طويلة ، مما يجعل من الصعب أن نعزوها الى العملية الجراحية فى حالة الكشف عنها .

## تفسيرات الشخصية

لاحظ « ميلر » (Miller, 1967) أن ٩١٪ من المرضى الذين أجريت لهم الجراحة النفسية أظهروا عيوباً أو خلافاً في الشخصية ، وقد وصفت هذه العيوب بطرق متنوعة ، أولها « فقدان العمق في الشخصية » فيقسم المريض بسطحية الوجدان وضخامته ، الرضا عن النفس ، الابتهاج ، اللامبالاة بمشاعر الآخرين (Freeman & Watts, 1950) وثانياً : « التغير في الدافعية » ويتسم بالقابلية للتشتت ، الفشل في مواصلة سلوك هادف ، البحث عن الأشباع المباشرة للحاجات (Valenstein, 1973) . ثالثاً : « التغير المعرفي » ويتسم بعدم القدرة على تركيب المعلومات (Valenstein, 1973) ، انخفاض القدرة على التعلم ، تناقص الانتاج الابداعي (Anderson, 1972) والملمح الرئيس للمريض بعد الجراحة هو تغير السلوك الاجتماعي والسلوك الشخصي المتسم بالقلق . وحينما يكون هذا التغير معتدلاً تعد العملية ناجحة ولكن حينما يصبح متطرفاً فقد يتحول القلق الى السيكوباتية ( اتصال شخصي Foulds ) ، كاشفاً عن ردائل عديدة — وما ذلك الا النمط السلوكي الذي يشار اليه على أنه « زملة الفص الجبهي » .

## موضوعات عامة

استمرت الجادلات التي أحاطت بأول عملية أجراها « بيركهاردت » في ٢٩ ديسمبر عام ١٨٨٨ ، فقد صدر قرار من قبل وزارة الصحة السوفيتية عام ١٩٥١ بحظر عمليات الجراحة النفسية ، كما كانت الجراحة النفسية موضوعاً للتحقيق في الكونجرس الأمريكي عام ١٩٧٣ . وقد امتدت المناقشة فيما وراء الطب النفسي والطب والعلم لتشمل الأمور السياسية والأخلاقية (Gaylin et al., 1975 ; Smith & Kiboh, 1977) ومن الاعتراضات الأساسية الاعتقاد بأن تدمير جزء من المخ سليم من الناحية التشريحية ، انما يأخذ من المريض ما هو ذو قيمة



مظهرية ، كما أنه من المحتمل أن تغير العملية الجراحية الاضطراب الوظيفي (الذى يمكن أن يتحسن ) الى اضطراب عضوى لا رجعة فيه ولا شفاء منه .

ووصف «جيلين» (Gaylin, 1973) الجراحة النفسية بأنها تشبه عصا مضيئة ، وأنها نقطة بؤرية تتجمع حولها مشكلات كثيرة . وترتبط هذه المشكلات بتمركز الوظائف ، وما اذا كان المخ يمكن اعتباره مستقرا للروح أو النفس ؟ وهل المخ هو المتحكم فى العقل؟ هذا بالإضافة الى تعريف الصحة النفسية والمرض النفسى ، وما اذا كان من الممكن التعميم من الحيوان الى السلوك الانسانى والى أى درجة ، فضلا عن مسألة التحكم السياسى والقانونى فى العلم . وبعض هذه المشكلات يمكن حلها بمزيد من البحث ، ولكن بعضها الآخر سيظل قائما كما هو : مجرد اعتقادات غير مختبرة علميا ، أو أحكام ذات قيمة اجتماعية .

### ملخص وخاتمة

تعتمد أساليب العلاج البيولوجية على افتراض مؤداه أن السبب الأولى لكل من الأعراض الذاتية والسلوكية للمرض النفسى والعقلى يكمن فى التركيب البيولوجى للفرد . ومن الناحية الفنية نجد أن هذه الأساليب متطورة بدرجة عالية ، الا أن النظرية القائمة عليها تتسم بالضعف ، وتتصف فى كثير من الأحيان بالمغالطة المنطقية .

وهناك تأكيد متكرر على مرض الفصام فى التطور التاريخى لهذه العلاجات ، ولكن أساليب العلاج البيولوجية المتنوعة تمدنا — بصفة عامة — بعلاج لمدى واسع من الأعراض مثل : القلق ، الاكتئاب ، الهلوس ، التوهامات ، السلوك القهرى والعذوانى .



## الفصل الثاني عشر

### أساليب العلاج السيكلوجية

ترتبط أساليب العلاج السيكلوجية مباشرة بالنظريات السيكلوجية لأسباب الأمراض ، والافتراض الأساسي في هذه النظريات هو أن السبب الجوهرى للسلوك الشاذ يكمن في ذهن المريض أو عقله ، وتشتمل هذه الأساليب على طرق فنية متنوعة مصممة لتعديل تفكير المريض ، وكذلك المقدمات والافتراضات والاتجاهات التي تشكل ادراكاته وتكمن وراءها .

وتتطابق أساليب العلاج السيكلوجية تقليديا مع العلاج النفسى psychotherapy الذى حدد أهدافه « كوران ، بارتريدج » Curran & Partridge, 1957, P. 353) بأنه « التخفيف من الأعراض ذات المنشأ النفسى والتخلص منها ، من خلال التحكم في الاتجاهات التي أدت الى تطور هذه الأعراض » . ومن التطورات الأكثر حداثة ما يشار اليها ببساطة على أنها « علاجات إعادة البناء المعرفى » cognitive restructuring (Kelly, 1955 ; Ellis, 1962) . كما تعرف العلاجات السيكلوجية كذلك على ضوء الاجراءات المتبعة مثل « علاجات الدلالات اللفظية » semantic therapies أو « الشفاء بالكلام » talking cure .

وحتى نلقى الضوء على العلاقة بين العلاج النفسى والمقابلة الشخصية التي ذكرتها في الفصل الثالث ، يعرف «شوبن» (Shoben, 1953, P. 125) العلاج النفسى بأنه : « نوع خاص من العلاقة

الاجتماعية بين شخصين يعقدان محادثات دورية ، لمتابعة أهداف محددة  
ألا وهي تقليل المشقة الانفعالية والضيق وتغيير جوانب سلوكية أخرى  
متنوعة » .

والعلاج النفسي هو التطبيق المنظم لاجراءات يستخدمها كل فرد  
في التفاعلات السوية بين الأشخاص : فمحاولة ادخال البهجة على  
نفس صديق حزين ، أو تهدئة شخص غاضب هي ممارسة للعلاج  
النفسي . فهو محاولة لاستخدام الكلمات والأفكار والعلاقات بين  
الأشخاص لاصلاح الحالة الانفعالية المضطربة لدى شخص آخر .  
والحديث عن احدى الخبرات المثيرة للقلق هو مثال من حياتنا اليومية  
لما يشير اليه المعالجون النفسيون على أنه التفتيس أو التصريف  
الانفعالي *abreaction* . ورؤية أحد الأشخاص مقهورا في موقف مهدد  
بأنسبته له ، ومحاولة الآخرين مساعدته ، ومناقشة هذا الموقف بطريقة  
موضوعية ، هو مزيج مما يشار اليه بالعلاج المساند *supportive*  
والعلاج بالاستبصار *insight* (Alexander, 1946) -

وهناك عدد من الأبعاد لأساليب العلاج السيكلوجية ، والتي  
تمدنا بطريقة لتحديد المناحي العلاجية المختلفة وتصنيفها . ومن أهم  
هذه الأبعاد مدى اهتمام المعالجين بالتنبيه *stimulation* أكثر من  
التأييد أو المساندة ، وكذلك المرحلة التي يؤكدون عليها في التساريخ  
الطبيعي للمقابلة العلاجية ، فضلا عن البناء النفسي الذي يتجهون اليه .

### التنبيه في مقابل المساندة

حينما يدخل المريض في العلاج النفسي فإنه يصبح معتمدا على  
شخص آخر بوصفه وسيلة لتحقيق الصحة النفسية ، مما يقوده الى  
حياة مستقلة . ومن الضروري أن يمد المعالج مريضه بالتأييد والمساندة،  
وذلك ليقاوم افتقاره للثقة في النفس الذي يصاحب عيدا من صور

المرض النفسى ، وفى الوقت ذاته ينبهه حتى يعبر عن نفسه ، ويعمل من سلوكه .

وسوف يتحدد التوازن بين التنبيه والمساندة (التأييد) من خلال قوة المريض ، وقد يتغير أثناء مسار العلاج . ويؤكد بعض المعالجين بشدة على المساندة أو التأييد ( أمثال «روجرز» : العلاج النفسى المتمركز حول العميل Client Centered Psychotherapy ) بينما يعطى معالجون آخرون أهمية أكبر للتنبيه ( أمثال « اليس » : العلاج العقلانى - الانفعالى Rational-Emotive Therapy ، «مورار» : العلاج التكاملى integrity therapy ) .

### التاريخ الطبيعى للعلاج النفسى

كما فى المقابلة الشخصية - وتقريبا فى كل شيء - يمكن تحديد ثلاث مراحل متداخلة للتاريخ الطبيعى للعلاج النفسى : البداية ، الوسط ، النهاية .

ويبدأ العلاج النفسى بتكوين علاقة ملائمة بين المعالج والمريض ، وهو ما يشار اليه غالبا «بالألفة» rapport ، وتتأثر هذه العلاقة بالبيئة الفيزيائية التى يجرى فيها العلاج : تأثيثها ، ترتيب الجلوس «Colby، 1961» اتجاه المعالج وأسلوبه ، الوقت من اليوم ، أى يوم فى الأسبوع ، مدة الجلسات العلاجية ، كما تتأثر أيضا بالأجر (Haak, 1957) .

وإذا تحققت هذه الألفة فلا بد من مواصلة ، وتؤدى المرحلة الأولى الى الثانية ، وبذلك يمكن مباشرة العملية العلاجية الرئيسة ، وهى عملية مكررة تحدث فيها أربعة أشياء مختلفة : اذ يشجع جو المساندة والتأييد المريض على التعبير عن مشاعره واتجاهاته ، وهى عملية يشار اليها «بالتنفيس أو التصريف الانفعالى» ، وينتج عنها تخفف من الطاقة الانفعالية أو «التفريغ» catharsis ، وحينما تتضح هذه المشاعر والاتجاهات تؤول من قبل المعالج ، ويلى ذلك زيادة فى

وعى المريض بما يفعله ، ولماذا يفعله ، وهذه الزيادة فى الوعى أو «الاستبصار» تعد أول خطوة فى تغيير الشخصية والارتقاء الى سلوك أكثر ملاءمة .

وحيثما يحدث التغيير الكافى يكون ذلك وقت مباشرة المرحلة الأخيرة فى العلاج : «النهاية» . والاعداد لهذه المرحلة يمكن أن يحدث بشكل طبيعى أثناء الجلسات العلاجية الأولى ، عندما يكون المريض قد طور ثقة متزايدة بنفسه ، ويشجع ليصبح أكثر استقلالا . ومع ذلك فمن الأهمية بمكان أن نعد «النهاية» قطعا حاسما للعلاقة الاعتمادية ، ولكنها ليست حاسمة الى درجة معاناة المريض من انتكاسة ، وشعوره بأنه لا يستطيع العودة الى المعالج من أجل تلقى مساعدة أو توجيه اضافى (Maholick & Turner, 1979) .

### البناء النفسى

هناك عدد من الأبنية المختلفة محددة فى الذهن ، ويمكن احلال الادراكات والذكريات والمشاعر والانفعالات والأفكار والقرارات والانديفاعات . . . الخ محل التحليل التقليدى الذى يتضمن العمليات المعرفية والوجدانية والفزوعية . ونستطيع النظر الى كل بناء من هذه الأبنية على أنه محدد أولى للسلوك ، وبهذا ترتبط النظريات المختلفة المتصلة بأسباب الأمراض التى حددت فى الفصل العاشر بما يقابلها من أساليب العلاج السيكلوجى .

وعلى الرغم من التأكيد الشائع على الاجراءات ، فان تصور المعالج عن السبب الأولى للسلوك الشاذ ، والهدف العلاجى الذى يترتب على ذلك هو الذى سينظم الوصف التالى الذى سنعرض له .

### العلاجات النفسية الدينامية

وضع «فرويد ، يونج» مفهوما للعقل على ضوء نموذج بيولوجى فى المقام الأول ، واتجهوا الى المنحى التحليلى ، وحددا بناءات وقوى

مخطئة - وغالبا ما تكون متعارضة - تضطلع بالوظائف النفسية .  
ولذلك يشار اليهما على أنهما من أصحاب النظريات النفسية الدينامية ،  
وبالتالى تعد العلاجات التى قدمها « علاجات نفسية دينامية » ،  
وأبرزها وأكثرها شهرة : « التحليل الفرويدى التقليدى » .

### التحليل النفسى التقليدى

نما التحليل النفسى psychoanalysis على يد «سيجموند فرويد»  
S.Freud خلال الجزء الأخير من القرن التاسع عشر بوصفه أسلوبا  
علاجيا للاضطرابات العصابية وبخاصة الهستيريا . ويقوم التحليل  
النفسى على افتراض مؤداه أن السلوك الشاذ هو تعبير سلوكى عن  
صراعات نفسية داخلية .

فيعتقد «فرويد» أن كل واحد منا يكبت أو يدفع من الشعور  
الضخيم المؤلم والمثيرة للقلق ، والرغبات والصراعات كذلك . وعلى  
الرغم من كبت الصراعات فتصبح لاشعورية ، فانها مع ذلك تؤثر فى  
السلوك الشخصى والاجتماعى ، ولذلك لا يعى الناس غالباً السبب  
الحقيقى فيما يقولون أو يفعلون .

وبذلك صيغ الهدف المباشر من التحليل النفسى على أنه « جعل  
ما هو لاشعورى ، شعورى » . وعلى المعالج اكتشاف الذكريات  
والدوافع والصراعات المكبوتة التى يفترض أنها تحدد سلوك المريض ،  
ويجمله المعالج على وعى بها ، ثم يساعده على التعامل معها بطريقة  
أكثر ملاءمة .

ومع ذلك ، فمن الجدير أن نلاحظ أن رأى «فرويد» قد تغير  
فيما يتعلق بأهمية الجزء الأول من هذه العملية ، ففى كتاباته الأخيرة  
( عام ١٩٣٧ ) اعترف بأن المريض كثيراً ما لا يستطيع استجماع كل  
ما كبته ويتذكره . وبدلاً من ذلك ، فانه اذا ما أدير التحليل بشكل  
صحيح ، يصبح المريض مقتنعا بصدق التفسير أو التأويل الذى يقدمه

الحل ، ويحقق ذلك النتيجة العلاجية ذاتها (Chodoff, 1966) .

### الطرق الفنية العلاجية

بالانساق مع العمق والشمولية اللتين تتسم بهما نظرية «فرويد» بصفة عامة ، فإن عملية التحليل النفسى التقليدى تعدد عملية طويلة ومركزة ، اذ تتطلب خمسين دقيقة يوميا ، بواقع أربعة أو خمسة أيام أسبوعيا ، لمدة تتراوح بين عامين الى سبعة أعوام ، مع التأكيد على أهمية جميع المراحل العلاجية . ومن خلال اطار العمل هذا ، تنقسم الطرق الفنية للتحليل النفسى التقليدى بالاعتماد على التداعى الحر free association وتفسير أحلام المريض ، بالإضافة الى التأويل النوعى للطريقة الخاصة التى يعبر بها المريض عن مشاعره وأفكاره وعلاقته بالمعالج .

وكان الهدف من علاج المرضى الهستيريين فى الفترة ما بين ١٨٧٠ - ١٨٨٠ هو دفع المريض أن يتذكر الخبرة المكبوتة ، وكان «فرويد» يقوم بذلك فى البداية خلال التنويم الإيحائى hypnosis ، ولكن لم يكن من السهل أن يستجيب جميع المرضى للتنويم الإيحائى، فكان «فرويد» يلجأ أحيانا الى الإيحاء المباشر ، مدعما إياه بالضغط اليدوى على جبهة المريض . وقد عالج « جوزيف بروير » خلال الفترة ما بين ١٨٨٠ - ١٨٨٢ سيدة هيسترية ، واكتشف أن مجرد الكلام عن خبراتهم وأعراضهن يؤدى الى تحسن أكلينيكي ملحوظ (Breuer & Freud; 1893; 1895) . وبالتدريج أطل «فرويد» التداعى الحر محل التنويم الإيحائى والضغط على جبهة المريض (E.Jones, 1953 ، Stewart; 1967) .

والتداعى الحر هو الطريقة الفنية الرئيسة لتعرية المادة المكبوتة، واستخدامه يميز التحليل النفسى عن غيره من أشكال العلاج النفسى . ويستلقى المريض عادة على أريكة مريحة ، ويجلس المصالح خلفه ، مشجعا إياه على التعبير عن كل أفكاره ومشاعره ورغباته بصرف النظر عن التقاليد الاجتماعية والمواضعات أو المنطق أو النظام ، ودون النظر



لأهميتها أو تفاهتها ، وأيضا بغض النظر عن مشاعر الخجل أو الارتباك .  
ومن المعتقد أن هذا التعبير الحر غير المكفوف عن الأفكار يؤدي إلى  
التعرية التدريجية للصراعات المكبوتة ، وتفرغ التوتر الانفعالي .  
وبوساطة التفسير المناسب لما يحاح به المريض عن طريق التداعي الحر ،  
يستطيع المعالج مساعدته للوصول إلى استبصار بمحددات سلوكه التي  
لم يكن يعيها .

ومن المحتمل أن يكون استخدام الأريكة في التحليل النفسي هو  
الطريق الوحيد المقبول اجتماعيا حيث يستطيع المحلل التحدث إلى  
مريضه ، بينما يمكث الأخير خارج مجال إبصاره ، وبذلك يكون حرا  
في مراقبة ردود أفعاله غير اللفظية . وبالإضافة إلى ذلك فإن استلقاء  
المريض على ظهره يجعله ينظر إلى سقف الحجرة بشكل آلي ، وهو أقل  
مكان في الحجرة إثارة للتشتت ، كما يشجعه المعالج على الاسترخاء  
كما لو كان نائما . وحيث يصاحب الاسترخاء والنوم خفض لنشاط  
الأنا ، تضعف بالتالي دفاعات المريض ، ويكون من السهل استثارة  
المادة المكبوتة . وحينما يجتمع هذا مع الحد الأدنى من التدخل البيئي  
في استثارة الاستجابات اللفظية ، فإن الظروف ستكون مثالية للتعبير  
عن الأفكار المكبوتة .

وتفسير الأحلام هو امتداد منطقي للتداعي الحر ، فحيث أن  
«الأنا» تكون ضعيفة أثناء النوم ، فإن الكبت لن يكون قويا ، فبعض  
المواد اللاشعورية تصبح شعورية ، حيث تحاول اندفاعات «الهو» أن  
تحصل على الإشباع من خلال الوفاء بالرغبات . ولكن ذلك يحدث بشكل  
رمزي ومقنع مستتر ، حيث أن الأنا — على الرغم من ضعفها — تترا  
دفاعاتها موجودة . ويهتم المحلل بالمضمون الظاهر Manifest content  
للحلم بوصفه مصدرا ثريا للمعلومات ، ويفسره ليكشف عما يشار إليه  
على أنه المضمون الكامن Latent content .

ولا تعد العلاقة التي تنشأ بين المريض والمعالج أداة للعلاج النفسى فقط ، ولكنها يمكن أن تكون تعبيراً غير لفظى عن المشاعر والاتجاهات التي تشكل مضمون المقابلة الشخصية العلاجية النفسية . ومعظم هذه المشاعر والاتجاهات تكون ملائمة ، وحينما تكون غير ملائمة فانها تؤدي الى علاقة «تحويلية» ، اذ تحدث اراحة أو تحويل *transference* لهذه المشاعر والاتجاهات من الأشخاص المهمين فى ماضى المريض عندما يعيش هذه العلاقات مرة ثانية فى تفاعله مع معالجه ، وحيث ان كل أشكال العلاج النفسى تعتمد — الى حد ما — على مثل هذه العلاقات التحويلية ، فان التحليل النفسى هو العلاج الوحيد الذى يعطى أهمية مركزية للتفسير المنظم لهذه العلاقات (Greenson, 1959; Buckley Karasu & Charles, 1979).

### دواعى استخدام التحليل النفسى

لا تعد الفئات التشخيصية النوعية مؤشراً قاطعاً لمدى مناسبة المريض للتحليل النفسى . ويوجه التحليل النفسى لعلاج الصراع العصابى ، ولكن لابد أن يكون لدى المريض مقدرة عقلية لفهم التفسيرات السيكولوجية لسلوكه ، ولابد أيضاً أن يكون لديه الدافعية الكافية والتوافق الاجتماعى المناسب لمواصلة الجلسات العلاجية بانتظام لفترة ممتدة من الزمن . وقد عبر «جرينسون» (Greenson, 1959, P. 1405) عن هذا بقوله : « لابد أن يكون الشخص عصابياً سوية نسبياً دون تحويرات أو انحرافات » حتى يحلل نفسياً .

وقامت التفرقة أيضاً بين الدافعية للبحث عن العلاج والدافعية للبحث عن تغيير فى الاتجاه أو السلوك (Appelbaum, 1972) . ان الشخص يبحث عن العلاج لأسباب كثيرة منها : تجنب السجن ، والتخفيف من الضغط الاجتماعى للأصدقاء والأقارب ، ومع ذلك قد لا يكون لديه اهتمام بتغيير أى من اتجاهه أو سلوكه فى الحقيقة .

## تقييم التفسير

إذا كان الهدف المباشر للتحليل النفسي قد صيغ بطريقة : « جعل اللاشعوري ، شعوري » ، فإن ذلك مجرد وسيلة للوصول الى غاية .  
ان الهدف من التحليل النفسي هو تغيير الاتجاهات والمعتقدات وردود الأفعال الانفعالية للمريض ، فالتحليل النفسي في الحقيقة محاولة لإعادة بناء شخصية المريض .

ويهدف التحليل النفسي بشكل خاص الى اعطاء المريض مزيدا من الاستبصار بالأسباب التي تؤدي به الى التصرف على نحو معين ، ولماذا يشعر بمشاعر معينة ، وبالتالي يصبح سلوكه متضمنا ردود أفعال انفعالية قليلة ، وينحو أكثر نحو الأفعال المحددة على أساس عقائري منطقي .  
وحيثما لا تكون هناك حاجة لكبت الأفكار ويكون في استطاعة الشخص التحكم في دفعاته الملحة غير المقبولة ، يصبح المريض بالتالي أقل قلقا وتوترا وأكثر استرخاء .  
بالإضافة الى ذلك فإن الطاقة التي كانت تستخدم للتعامل مع الأفكار المكبوتة والانذفاعات غير المقبولة سوف تصبح متاحة لاستخدام المريض لها في تفاعلاته مع بيئته ، كما يرتفع تحمله للاحباط ، وتحسن كفاءته في التعامل مع بيئته ، ولذلك يمكن أن يقيم التحليل النفسي التقليدي - سلوكيا - على ضوء زيادة العقلانية والاسترخاء وتحمل الاحباط .

## العلاج النفسي التحليلي ليونج

أشار «يونج» Jung الى أنه ليس لديه أسلوب في العلاج ، وأن كل محفل لابد أن يصنع أسلوبه ، ولكن العلاج النفسي التحليلي له ملامح معينة مميزة (Henderson & Wheelwright, 1974) ،  
اذ يؤكد على أربعة جوانب في العملية النفسية العلاجية : ١ - الاعتراف أو التعبير (التفريغ) ، ٢ - التوضيح والتفسير ، ٣ - التربية أو التكيف مع المتطلبات الاجتماعية ، والتحول transformation ، (التفرد)

Individuation ، حيث يطور المريض شخصيته الفريدة (G.Adler; 1967) . وعلى الرغم من أن «يونج» قد استخدم الطرق الفنية الأساسية ذاتها مثل «فرويد» وبوجه خاص : التداعي الحر ، والتقييم المستمر ، وإعادة التقييم للعلاقات التحولية ، فإنه أضاف إليها أيضا طريقتين هما : « حلم اليقظة النشط » active daydream وكذلك « الانفاضة أو الاسهاب » amplification .

وأحلام اليقظة النشطة هي تعديل «يونج» للتداعي الحر ، اذ يشجع المريض على أن يحلم أحلام يقظة ، وذلك ليطلق العنان لتخيلاته ، وبذلك تكون التخيلات غير محددة اراديا ولكنها تأتي تلقائية . ولا بد أن يتصرف المريض بعد ذلك كما لو كانت هذه التخيلات حقيقية . وتكمن القيمة العلاجية لهذه الطريقة الفنية في هذا السلوك (النشاط) وليس في التخيل . ولا يعتقد يونج أن النشاط التخيلي له قيمة علاجية في حد ذاته ، ولكنه وسيلة يمكن أن يتفاعل بها المريض شعوريا مع مواد لاشعورية ويتعامل معها (Gendlin, 1975) .

والانفاضة أو الاسهاب هي تطوير «يونج» للمرحلة التأويلية في المقابلة العلاجية . اذ تعد تيسيرا للمواجهة بين حلجات الشخص الحالية وميراثه القديم ، ولذلك فهي تزودنا بأوسع سياق لتأويل لا شعور المريض .

### نقد العلاجات النفسية الدينامية

العلاجات النفسية الدينامية ذات طبيعة تاريخية ، انها تفحص ماضى المريض حتى تفهم سلوكه الحالى ، كما تفحص ذكريات الطفولة والأحداث السلفية القديمة والاتجاهات والمشاعر التى تعد السبب فى اضطرابات الرشد . وتولى العلاجات النفسية الدينامية اهتمامها الأساسى بالعصاب ، ويعتمد هذا الأسلوب على مقدمة مؤداها أن المعرفة قوة ، فالشخص الذى يعرف سبب سلوكه ، يستطيع بعد ذلك أن يتحكم

فيه • ومع ذلك يميز التحليل النفسى بين الاستبصار العقلى والاستبصار الانفعالى ، فإذا عرف المريض سبب سلوكه ولكنه اشترك فى مناقشة عقلية مبررا سلوكه أكثر من محاولته تغيير هذا السلوك فإن مشكلته ستعقد •

وتركز كثير من الأساليب العلاجية السيكولوجية الأخرى على علاج الاضطرابات غير الذهانية ، ولكن قليلا منها هو الذى يركز فيه المعالج النفسى الدينامى على ماضى المريض وعلى أهمية الاستبصار • وفى الحقيقة فإن كثيرا منها قد ينبع بوصفه رد فعل لهذه الأفكار •

### العلاجات النفسية الذاتية

#### Subjectivist Psychotherapies

ترتبط الأساليب الذاتية للعلاج النفسى بشكل مباشر بالنظريات الذاتية لأسباب المرض • وتؤكد هذه العلاجات على أن الناس تستجيب للعالم على ضوء ادراكها الذاتى لهذا العالم ، كما تؤكد على أن المحدد الأولى للسلوك الشاذ هو الادراك الشاذ للعالم ، وبالتالي فهم يهتمون بالشعور أو الوعى ، وبالظروف الراهنة ( هنا والآن ) أكثر من اهتمامهم باللاشعور وذكريات الأحداث الماضية ، ويركزون على المشاعر أكثر من الاستبصار والفهم •

ومن أبرز مظاهر الادراك الشاذ النمطية مفهوم الذات الشاذ abnormal self concept • ولهذا يكون هدف العلاج هو تطوير مفهوم صحى للذات • ويفترض أنه كلما تحسن مفهوم المريض عن ذاته تحسن سلوكه للعالم وتوافقه •

وعلى نقىض المفهوم النفسى الدينامى للنمو النفسى الذى يحدث بوصفه محصلة للتصارع بين القوى النفسية الداخلية ، تقترض كثير من العلاجات الذاتية قوة واحدة للحياة فى شكل امكانية فطرية للنمو

الصحي والابداعي . فاذا توافرت البيئة السليمة لتحقيق الذات نتج عن ذلك حتما الفرد العقلاني . ولذا تعطى العلاجات الذاتية أهمية شديدة للمرحلة الأولى في العملية العلاجية وهي تكوين العلاقة ، وذلك لكي ينمو مفهوم الذات لدى مرضاهم بشكل صحي .

### العلاج النفسي المتمركز حول العميل ( غير الموجه )

نُبع العلاج النفسي المتمركز حول العميل من عمل «كارل روجرز» Rogers ، في عيادة جامعية للارثساد ، حيث كان المرضى أساسا أشخاصا صغار السن ممن يمرون بمشكلات شخصية تتعلق بعلاقتهم الاجتماعية ومستقبلهم المهني وكذلك هويتهم .

ويقوم هذا النوع من العلاج على افتراض مؤداه أن الفرد قادر — بشكل فطري — على فهم أسباب مشكلاته . كما أنه قادر على أن يعيد تنظيم حياته بطريقة يتغلب بها على مصاعبها . وقد تعاق هذه القدرات بفعل افتراضات خاطئة وصراعات انفعالية ، ولكن يمكن استعادتها و تنشيطها اذا ما استطاع المعالج مجرد أن يقيم علاقة دافئة أساسها فهم المريض وتقبله . ولهذا فالهدف المباشر للعلاج هو ازالة الافتراضات الخاطئة ، وتحرير المريض ومساعدته على تقبل ذاته الفريدة ، وعلى أن ينمو ويتغير بطريقة طبيعية خاصة به .

### الطريقة الفنية العلاجية

يشق اسم العلاج المتمركز حول العميل — أو غير الموجه — من حقيقة مؤداها أن كل فرد يمتلك قدرة فطرية على التغير الموجه ذاتيا ، فالمرضى هنا يتحمل كثيرا من مسؤولية العلاج : مساره ونتيجته . وتهتم الطريقة الفنية العلاجية — أساسا — بتطوير علاقة علاجية قوامها الدفء والتقبل والفهم . ولا يعطى هنا وزن لعلاقة «التحويل» في حد ذاتها ، بل يقدم تفسير قليل جدا لعبارات المريض وردود أفعاله .

ويقتصر دور المعالج على تقبل المريض كما هو ، مبدئياً نظرة إيجابية له ، وموضحاً اتجاهاته ومشاعره الكامنة وراء ما يقوله .

وتبعاً «لروجرز» (Rogers, 1961; P. 185) فإن العلاج الناجح المتمركز حول العميل حينما يتم في ظل ظروف مثلى ، فإنه يدخل المعالج في علاقة شخصية مركزة مع عميله ، بحيث تسود فيها هشاعره على السيطرة العقلية ، ويكون مشاركاً أكثر منه ملاحظاً . وبالنسبة للعميل نجد هناك تأكيداً مشابهاً على أهمية معايشة خبرة المشاعر المتنوعة المدى ، وذلك حتى يتأكد من أنه ليس في حاجة إلى أن يخشى هذه المشاعر ، ولكن يمكنه أن يرحب بها ويتقبلها بحرية كجزء من تطوره أو نموه . وكلما أصبح العميل أكثر وعياً بمشاعره وخبراته يصير مفهومه عن ذاته أكثر انطباقاً مع الواقع ، فإذا أمكن الوصول إلى التطابق الكامل ، يستطيع الشخص توظيف كل طاقاته بشكل صحي وسليم .

### دواعي استخدام العلاج النفسي المتمركز حول العميل

يستخدم العلاج النفسي المتمركز حول العميل — مثل معظم العلاجات النفسية الذاتية — أساساً مع الأشخاص المتزنين نسبياً ، ممن لديهم القدرات العقلية والتكامل الشخصي الضروري للتعامل مع مشكلاتهم بالحد الأدنى من توجيه المعالج . ومن لا يمتلك هذه الصفات يجب أن يعالج بطرق أخرى .

### العلاج الجشتالطي

العلاج الجشتالطي Gestalt Therapy منحنى انساني في العلاج ، وهو يؤكد على الطبيعة الكلية للفرد ، لا على التجزئة التحليلية للعلاجات النفسية التحليلية ، ويرتبط باسم « فريتز بيرلز » (Perls; 1969; Perls et al.; 1951) ، وحركة جماعة المواجهة Encounter group في المدة من الستينيات إلى أوائل السبعينيات من هذا القرن ، ويقوم

على افتراض مؤداه أن النمو السوى والوظائف السوية يعتمدان على  
الوعى الكامل بالأحاسيس الجسمية والحاجات النفسية •

وفى نهاية حياته تضايق «بيرلز» من محاولة المعالجين الجشتالطيين  
تعلم الطرق الفنية ، بدلا من أن يدعوها تتبع من شخصياتهم (Kempier)  
(1978) • وقد كان «بيرلز» نفسه صريحا ونشيطا ، وكان رجلا خلايا ،  
ووصف بأنه تلقائى ، أمين ، فريد ، اذا قصده أى واحد من مرضاه  
باحثا عن اهتمام ايجابى غير مشروط ، فانه سيصاب بخيبة أمل ، اذا كان  
«بيرلز» يفضل مواجهة مرضاه بسلوكهم •

### نقد العلاجات النفسية الذاتية

تقوم العلاجات النفسية الدينامية ( التحليلية النفسية )  
على افتراض وجود محددات لا شعورية للسلوك ، ولذا تتبنى نمودجا  
معرفيا علميا ، يتحدد فيه دور المعالج على أنه الخبير الذى يكتشف  
أسباب السلوك الشاذ للمريض ، ومن ثم يفسر ذلك للمريض •  
أما العلاجات النفسية الذاتية فلا تتقبل فكرة المحددات اللاشعورية  
للسلوك ، ولذا تتبنى نمودجا وجدانيا مضادا للعلم ، يشجع فيه المريض  
على تغيير سلوكه عن طريق المعالج ، الذى يمدده فقط بفهم البيئة ،  
وزيادة وعيه بالسلوك غير التكيفى بدلا من البحث عن التفسيرات  
السببية • ولكن تسمية العلاج النفسى المتمركز حول العميل بأنه غير  
موجه هو اغفال للطبيعة الانتقائية للأفكار والتعليقات التى تصدر عن  
المعالج ، والتى لا تحدث بشكل عشوائى ، ولكن استجابة للبرارات  
التي يعتقد المعالج أنها ستجلب أفكارا أعمق للمريض •

وقد وجه النقد بشدة لافتراض «كارل روجرز» بأن الفرد سوف  
يفعل ما هو صواب وصحى — بشكل آلى — اذا ما توافرت له بيئة  
دافئة تتسم بالتقبل • اذ لا تتوافر أدلة تؤيد الفكرة القائلة بأن اهتمام  
الفرد بذاته لا يصطدم باهتمام الآخرين بذواتهم ، اذا ما كان الشخص



متحررا من القيود الاجتماعية • هذا في حين رفض العلاج الجشثالطى على اعتبار أنه غير محدد بشكل جيد ، كما يفتقر الى الصياغة الواضحة للأهداف العلاجية (Freedman, Kaplan & Sedock, 1976) . وبوجه عام ، غرض البصر عن المنحى الذاتى اذ يتسم بالسذاجة والتفاهة والعاطفية وعدم الصق (Millon, 1973, P. 267) •

### الملاجات المعرفية

ان الاستبصار ، وفهم أسباب سلوك الشخص ، وكذلك زيادة الوعى بهذا السلوك ذاته ، بما فى ذلك الاصلسلت للجسمية والعلجات النفسية ، كلها عمليات معرفية أكد الباحثون عليها بوصفها مصدات أولية للسلوك السوى والشاذ ، وهى تحتل مركز الصدارة فى التدخل العلاجى • وباستبعاد العلاجات النفسية التحليلية نجد أن الطرق الفنية التى استخدمت فعلا لتعديل هذه العمليات تتراوح بين : الايحاء suggestion واننويم الايحاءى hypnosis ، عبر العلاج العقلانى/ الانفعالى ، الى التعديل المعرفى للسلوك •

### الايحاء

تتميز المقابلة الجيدة بالتكوين المتتابع للفروض واختبارها (Tyhurst, 1962) ، ولكن يكون من الصعب أحيانا — فى التخلييل التقليدى — تحديد الى أى مدى يمكن تكوين الفرض اعتسدا على نظرية معينة بدلا من الملاحظات التى تمت أثناء مسر المقابلة • (Hartmann, Kris & Loewenstein, 1953)

ويقرر «فرويد» (Freud, 1898) أنه بمجرد الوصول الى تشخيص ، فيجب أن يسير المحلل قعما نحو تأكيد المريض له ، ويتمين التغلب على الانكار الأولى بالاصرار الحازم على الطبيعة الراسخة لمعتقدات الفرد • ومع ذلك فقد قرر «فرويد» مؤفرا (Freud, 1937) أن نتيجة مثل هذا المطلب ليست عبارة عن تجميع المريض لخبراته الماضية ، ولكن لتأكد

فقط من أن هذه الخبرات حدثت بالفعل ، وسوف يكون لذلك الأمر ،  
الأثر العلاجي ذاته (Chodoff, 1966) وهذا واضح أهمية الايحاء  
وقوته .

ويشير الايحاء الى السلوك الذى يقوم به الفرد دون نقد ، ومن  
غير مشاركة العمليات المنطقية فى الاستجابة (Kroger & Fezler, 1976,  
P. 13) . والايحاء متغير مركزى فى كل أشكال العلاج النفسى ، وربما  
يؤثر أيضا على نواتج كثير من العلاجات البيولوجية والبيئية . ويتأثر  
الايحاء بمدى واسع من المتغيرات المتصلة بالبيئة وبالمريض ، وتعد  
« القابلية للايحاء suggestibility » من حيث هى سمة فى الشخصية  
أهم المتغيرات المتعلقة بالمريض . وكثيرا ما أغفل تأثيرها بوصفها نوعا  
من الشفاء بالايمان Faith healing وهناك تشابه كبير بين « فرط  
القابلية للايحاء hypersuggestibility » والتتويم الايحائى ،  
وفى الحقيقة يعد فرط القابلية للايحاء مستوعبا — بشكل جزئى —  
لما يشار اليه بالتتويم الايحائى (Kroger & Fezler, 1976, PP. 13-14)

### العلاج بالتتويم الايحائى Hypnototherapy

نستطيع تتبع نمو العلاجات النفسية المعاصرة من التعاويذ الى  
المغناطيسية والتتويم الايحائى والتداعى (Ellenberger, 1974) .  
وقد عرف المصريون القدماء التتويم الايحائى ، الا أنه لم يستخدم  
بوصفه طريقة فنية علاجية حتى ظهر « أنتون مسمر » Anton Mesmer  
( ١٧٣٤ — ١٨١٥ ) منساديا « بالمغناطيسية الحيوانية animal  
magnetism » . ثم أهمل مرة ثانية حتى انتعش على يد «شاركو»  
Charcot فى مستشفى «سالبترين» حوالى عام ١٨٨٠ (Chertok;  
1967) ، واستخدمه كل من «ليبولت» Liebauit ، و «برنهائم»  
Bernheim فى «نانسى» . وقد قضى «فرويد» عدة شهور مع «شاركو»  
فى شتاء ١٨٨٥ — ١٨٨٦ مستخدما هو و«برويار» Breuer التتويم

الايحائي بوصفه طريقة فنية رئيسة في علاج الهستيريا ، وذلك قبل أن يطورا للتداعي الحر •

وهناك كثير من التعريفات للتتويم الايحائي وكذلك كثير من المعرفين (Kroger & Fezler, 1976) • وقد قام « شيرتوك » (Chertok, 1967) بعرض لنظريات التتويم الايحائي منذ عام ١٨٨٩ ، الا أنه اعترف صراحة بأنه قد تجنب تعريفه على أساس أنه ظاهرة معروفة •

ويرجع أصل هذا المصطلح الى «جيمس بريد» James Braid (١٧٩٥-١٨٦٠) الطبيب والجراح الانجليزي الذي استخدم التتويم الايحائي مخفرا ، وقد ركزت التعريفات المبكرة على « الغفوة أو السبات التتويمي hypnotic trance » ، الا أن التتويم الايحائي مفهوم متعدد الأبعاد ، اذ يشمل على متغيرات تسبقه مثل : الايحاءات ، تغير حالة الوعي ، وأنواع من السلوك المترتبة على ذلك (Barber, 1969) •

ويتكون العلاج بالتتويم الايحائي من : احداث حالة الغفوة باستخدام أى طريقة من الطرق الفنية المتعددة ، ثم القيام بالايحاءات الملائمة • وأحد أسباب تعدد الطرق الفنية لاحداث الغفوة هو العدد الكبير من المتغيرات التي تؤثر في عملية احداث التتويم الايحائي مثل : العمر ، الذكاء ، الخلفية الثقافية ، التركيز ، التوقع ، التخيل ، هبة العلاج ، الاعتقاد في التتويم (Kroger & Fezler, 1976, PP. 15-17) فقد ركز «بريد» مثلا على دور الايحاء في احداث النوم الصناعي •

وقد استخدم التتويم الايحائي لازالة الشكاوى من أعراض معينة وبخاصة الأعراض الهستيرية ، وكذلك لتصحيح اضطرابات العادات ، وتخفيف الألم • واستخدم أيضا لتيسير كثير من العلاجات السلوكية عندما تثبت عدم فاعليتها مع المريض في حالة اليقظة (Wolberg, 1975) •

## العلاج العقلاني الانفعالي Rational-Emotive Therapy

إذا كان الایحاء یشیر الى سلوك الفرد دون تدخل العمليات المنطقية (Kroger & Fezler, 1976) ، فان انعلاج العقلانی/الانفعالی — من ثم — هو نقيض الایحاء . وقد وصف أيضا بأنه المراءة العكسية للعلاج المتمركز حول العميل (Gendlin, 1975, P. 274) . ويؤكد هذا النوع من العلاج على التفكير أكثر من المشاعر ، ويقوم المعالج بمعظم الكلام في المقابلة العلاجية ، وذلك على نقيض ما يحدث في العلاج المتمركز حول العميل .

ويصف « ألبيرت الیس » (Ellis, 1967, P. 207) — مؤسس العلاج العقلاني الانفعالي — الأهداف الأساسية لهذا العلاج بأنها : تخفيض مشاعر القلق والعداء ، وتزويد الشخص بوسيلة للملاحظة الذات ، وتقييم الذات تكفل له أقل قدر من مشاعر القلق والعداء في بقية حياته .

ويميز « الیس » بين الازعاج والخوف اللذين يعتمدان على الواقع الفعلي ، وهو ضروري للبقاء ، أو بين العداوة غير الضرورية ولوم الذات الزائد الذي يضاف بشكل غير متعمد أو لا شعوري الى الاثارة واليقظة العادية . ولكي يحقق « الیس » أهدافه العلاجية النهائية ، أصبح هدفه المباشر في المقابلة العلاجية أن يوضح للعملاء كيف يضيفون افتراضات غير عقلانية لملاحظاتهم ، وكيف أن رخود أفعالهم الانفعالية من الممكن أن تصبح أكثر ملائمة إذا أزيلت هذه الافتراضات .

ويشتمل العلاج العقلاني/الانفعالي على استخدام الأسلوب المنطقي/الامبيريقى logico-empirical للأسئلة والمجاذلات والمناقشات العلمية (Ellis, 1977, P.20) . والدور الأساسي للمعالج هو ايقاف الاستخدام الفضفاض للغة والذي يقوم به المريض ، وجعله يحدد مصطلحاته بدقة ، وهي عملية يشار إليها « بالمناظرة أو المجادلة

*disputing* ، وتوصف بأنها « أنواع متعددة من إعادة البناء المعرفي » ، والتي تساعد المريض على التوقف عن التعميم الزائد ، ويظل وثيق الصلة بالواقع (Ellis, 1977, PP. 21-2) .

### التعديل المعرفي للسلوك *Cognitive-behavior modification*

نجد علماء النفس والفيزيولوجيا التجريبيون أمثال : « واطسون ، بافلوف ، هل » ، تحليلًا موضوعيًا لأسباب المرض النفسي على ضوء مصطلحات الاحباط والصراع ( انظر الفصل الثامن ) ، ونبهوا أيضًا مناهي موضوعية لعلاجها أطلق عليها العلاج السلوكي وتعديل السلوك ( انظر الفصل الثالث عشر ) . وقد أعطى هؤلاء العلماء أهمية كبيرة ومكثفة للأحداث البيئية ، على حساب ادراك المريض لهذه الحوادث وتقييمه لها . وبهذا أغفلت هذه العلاجات العمليات العقلية للفرد .

وفي أوائل السبعينيات برزت مدرسة جديدة في العلاج أطلق عليها « التعديل المعرفي للسلوك » ، وهي محاولة لتضييق الفجوة بين الاهتمامات الاكلينيكية لمعالجي الدلالات اللفظية - المعرفية *Cognitive-semantic* ( أمثال : جورج كيلى ، جيروم فرانك ، ألبرت ليس ، آرون بك ، جيروم سنجر ) وتكنولوجيا العلاج السلوكي ( Meichenbaum, 1977, P. 11) . ومن الأساليب التي تعتمد على افتراض المحددات المعرفية للسلوك الشاذ : العلاج الانفجاري *implosive therapy* ، والتمهين المنظم *systematic desensitization* وهذان الأسلوبان يختلفان عن العلاجات السلوكية الأخرى التي ستناقش في الفصل الثالث عشر في أنهما يختصان فقط بالكلمات والتصورات التي لا تعد منفرة في حد ذاتها .

### العلاج الانفجاري *Implosive*

الافتراض القائم وراء العلاج الانفجاري هو أنه إذا واجه

الشخص شيئاً يفزعهُ دون وجود سبب لتبرير هذا الخوف ، يكون في  
الامكان ازالة جزء منه . وقد نما هذا العلاج لاختبار أهمية الانطفاء  
التجريبى على مستوى علاجى (Stampfl & Lewis, 1967; 1968,  
• Lewis; 1973 ; 1974)

ويحدد المعالج أنواع السلوك والمنبهات التى يخشاها المريض ،  
ويرتبها ( بوضع رتبة لكل منها ) تبعا لشدتها فى اثاره القلق . ثم يشجع  
المريض على تخيل أنواع المنبهات والسلوكيات التى يتجنبها بادئا بأقلها  
تهديدا .

وتستمر كل صورة ذهنية فترة كافية لتخفيض القلق ، والا أصبح  
المريض أكثر حساسية لها (Rachman; 1969 ; Baum, 1970) وفضلا  
عن ذلك فيجب أن يمنع المريض من الانشغال بأى نشاط يعوقه أو  
يشغته عن معايشة خبرة القلق (Hogan, 1969) .

والعلاج الانفجارى شبيه جدا بالفيض flooding ( الغمر )  
والأساليب الفنية لمنع الاستجابة التى يستخدمها المعالجون السلوكيون  
( انظر الفصل الثالث عشر ) ، الا أنه يختلف عنهما فى تأكيد العلاج  
الانفجارى على العمليات العقلية . والعلاج الانفجارى شبيه أيضا  
بالعلاج العقلانى/الانفعالى الذى قدمه « اليس » ، حيث انه لا يركز  
فقط على الحدث أو الموقف الذى أدى الى السلوك المشاذ للمريض ،  
بل يهتم أيضا بأفكار المريض ومخاوفه حول ما يحدث نتيجة لهذا الحدث  
أو الموقف : فقد لا يخاف الناس من الفئران ، ولكن يخافون مما يمكن  
أن تفعله الفئران لهم (Lewis, 1974) .

وللعلاج الانفجارى أيضا توجه نحو المريض يتسق مع العلاجات  
النفسية السابقة الذكر : اذ يخصص المعالج المقابلات المبدئية لتكوين  
« التفاعلات الشخصية والبيئية والنفسية الدينامية التى تشكل سلوك  
المريض » (Stampfl, 1975) .

## التحصين المنظم

من المعروف أن الاستجابات الانفعالية — مثل القلق — تعمق أنواعا أخرى من السلوك (انظر الفصل الخامس) • وقد أوضح وولبي (Wolpe, 1958) كيف أن بعض هذه الأنواع الأخرى من السلوك بإمكانها إعاقة الاستجابة الانفعالية ، وهو إجراء أسماه « التشریط المضاد counterconditioning » ، وقد اتخذ استجابة الاسترخاء Relaxation — والتي تضاد القلق — وزاوجها بالقلق ، تحت شروط تضمن قابلية استجابة الاسترخاء للاستخدام ، ولأن القلق والاسترخاء استجابتان متضادتان بتبادليا ، فيكون من المستحيل حدوثهما معا في وقت واحد • وقد وصف «وولبي» علاقتهما « بالكف التبادلي reciprocal inhibition » ، وهو المبدأ ذاته الذي استخدم في علاج الضعف الجنسي والاجتماعي ، وعند استخدامه مع الأخير فإنه يستخدم تحت اسم « التدريب التوكيدي assertiveness training » ( انظر الفصل الثالث عشر ) •

وقد صمم التحصين المنظم خصيصا لعلاج القلق والمخاوف العصبية • وكما يحدث في العلاج الانفجاري ، يحدد المعالج هنا المنبهات المثيرة للقلق ويرتبطها ، وأثناء حدوث ذلك يتدرب المريض أيضا على الاسترخاء ، حتى يجعله يسترخى بعمق بقدر الامكان ( يستخدم التثويم الايحائي في بعض الحالات ) ، ويطلب منه تخيل أضعف المنبهات المثيرة للقلق لمدة ثوان •

وعلى الرغم من أنها طريقة ذات مكانة مرتفعة ، فإن توقعات المريض لا يمكن أن تستبعد بوصفها تقسيرا بديلا لتحديد نتائجها (Kazdin & Wilcoxin, 1976) •

## علاجات الذات

يمكن النظر الى العلاجات المعرفية على أنها تطوير لجانب خاص من جوانب التحليل النفسى ، ولكن تركيزها على عمليات نوعية للأنا مثل الإدراك والتفكير قد تم على حساب التركيز على الفرد . فان شخصا ما هو الذى يجب أن يقوم بالإدراك والتفكير . وهذا الجانب فى الإنسان جانب ضمنى فى هذه العلاجات المعرفية ، ولكن فى علاجات أخرى يكون التركيز عليه مباشرة مثل علاجات الذات ، اذ تنحو مفاهيم هذه العلاجات نحو النظرة الكلية أكثر من التحليلية ، مع التركيز الزائد على الفرد فى اطار بيئته الاجتماعية أكثر من عناصر هذا الفرد أو مكوناته . ولذلك فهى علاجات نزوعية *conative* موجهة تماما ، مع اهتمام مريح بالجوانب الأخلاقية .

## العلاج التكاملى *Integrity therapy*

ترجع أصول العلاج التكاملى الى التجارب الشخصية التى قام بها «مورر» O.H. Mowrer كما أنه أحد ردود الأفعال العديدة والمباشرة للحتمية السيكلوجية فى التحليل النفسى التقليدى . ويرى «مورر» (Mowrer, 1965, 1966) أن السبب الرئيس للأمراض النفسية والعقلية سلوك متعمد واختيارى له طبيعة غير مقبولة اجتماعيا ويستحق اللوم . وعلى حين يركز «فرويد» على «قلق الهو *Id anxiety*» فان «مورر» يؤكد على «القلق الخلقى *moral anxiety*» أو بمعنى أدق ، فى حين يؤكد «فرويد» على القلق يؤكد «مورر» على «الذنب *guilt*» .

ويفترض المعالجون التكامليون أن كل شخص لديه معرفة بما يعده صوابا أو خطأ ، وحينما يفعل أشياء خاطئة طبقا لمعتقداته فانه يحاول اخفائها ، وتسبب مثل هذه الأفعال شعور الفرد بأنه «مريض بنفسه *sick of himself*» ، وحينما يصبح هذا الشعور مزمنا فانه يصيب التوافق النفسى والجسمى بالاضطراب .



ويذكر «مورر» أنه بتأثير من النظرية الفرويدية وكذلك النموذج الطبي ، فإن الناس اما يلغون باللوم — لسوء حظهم — على الآخرين الذين يدعون سوء معاملتهم ، أو أنهم يرجعون سوء حظهم الى الأحداث التي لا يتحكمون فيها . ويرفض «مورر» ذلك مؤكداً أن التغيير المهم هو ما يفعله المريض لنفسه وليس ما يفعله له الآخرون .

ويعتقد المحالجون التكامليون أن كل شخص مسئول مسئولية كاملة عن رفايته الشخصية وأفعاله ، وللفتيجة النهائية لحيلته ، أو يجب أن يكون كذلك . ولذلك فإن هدف العلاج التكاملى هو دفع المريض لتقبل مسئولية أفعاله وعمل التغييرات اللازمة .

### الأسلوب العلاجي

المشكلة التي تواجه المعالج التكاملى هي المارقة بين مفهوم المريض عن ذاته ومفهومه عن ذاته المثالية . وعلى حين يركز أتباع «روجرز» على تقليل الفرق بين مفهوم الذات والذات المثالية عن طريق امداد الشخص بالتقبل السلبي لأفعاله ، على افتراض أنه سيفعل الصواب بشكل آلى ، نجد أن «مورر» يؤيد بقوة استثارة للفرد حتى يتطابق مع ذاته المثالية عن طريق التصرف بأمانة ويتكامل شخصى :

أتباع العلاج النفسى لروجرز : مفهوم الذات → الذات المثالية .  
العلاج التكاملى : مفهوم الذات ← الذات المثالية .

ويعد «مورر» منظراً أكثر منه معالجا ، وقد استخدم العلاج التكاملى فى مراكز علاج الكحوليات وادمان العقاقير (Shelly & Bassin, 1965) ، حيث تكون المقابلة الشخصية موجهة مباشرة الى نقطة محددة: فيواجه الدمن بمسئوليته تجاه سلوكه ، ويمنع من القاء اللوم على الآخرين ، بل على حمقه وخرقه هو .

### العلاج الواقعى Reality therapy

تطور العلاج الواقعى على يد «ويليام جلاس» (Glasser, 1965)

ويجمع العلاج الواقعي بين المعالج المهتم الذي يوجه الرعاية الى مريضه ، مع التأكيد الواضح على السلوك الاجتماعي. الصريح .

ويعترض «جلاسر» على توجه التحليل النفسي والعلاجات النفسية الذاتية على أساس فشلها في تعليم السلوك الأفضل ، اذ انها يفترضان فقط أن الاستبصار والفهم سوف ينتجان هذا السلوك بطريقة ما . ومن ثم تشتمل المقابلة العلاجية في العلاج الواقعي على المناقشات الصريحة لتغيير السلوك والتخطيط لذلك .

وتتضمن المفاهيم الأساسية للعلاج الواقعي القرارات وتحديد الهوية ، و ارادة القوة التي ترتبط بمفاهيم : التمسك ، المسؤولية ، الفصح ، كما يواجه المريض باستمرار كلما حاول انتقال الأعداء أو التملص من مسؤولية سلوكه . وعلى عكس العلاج التكاملي ، يؤكد العلاج الواقعي تأكيداً صريحاً على أهمية الحب ، وعلى النظام أيضاً في العلاقة العلاجية ، كما يركز أيضاً على أهمية نمو شعور المريض بأهمية ذاته وجدارتها .

#### نقد علاجات الذات

... تبعا لتصور « توماس ساس » ( انظر الفصل الأول ) فان علاجات الذات قد تكون ملائمة لعلاج الأدوار المريضة stick roles ، ولكنها غالبا ما تكون غير فعالة في علاج الأحوال البيولوجية . ولكن حتى في علاج الأدوار المريضة ، فمن المهم اقامة التوازن بين التنبيه والمساندة . فالشخص الذي يعاني من اضطراب ذهاني أو عصبي ، والذي يتسم بمشاعر عدم الكفاءة والعجز المحفوظ ، ليس من المحتمل أن يعالج بكفاءة بالنصح الأخلاقي وأخباره بأن سبب معاناته وضيقه هو حقه . ويتحقق هذا التوازن في العلاج الواقعي من خلال تعليم المرضى التركيز على مصادر قوتهم أكثر من مصادر ضعفهم ، ولكن ذلك ليس واضحا هكذا في العلاج التكاملي .

والعلاج التكاملي هو علاج أخلاقي ، اذ أوضح مورر . (Mowrer)

(1961) التشابه بين العلاج النفسي والحركة المسيحية المبكرة ، فالعلاج التكاملي — كما وصفه — يؤكد بوضوح على الأمانة والمسئولية الشخصية والذات المثالية • وبذلك يكون ملائما لعلاج اضطرابات الخلق أو الطباع character ، ولكن قيمته في علاج الاضطرابات الأخرى تعد مشكوكا فيها •

### العلاجات الجماعية والبيئية Group and milieu therapies

إذا عرفنا العلاجات — كما هو الحال في هذا الكتاب — على ضوء افتراضاتها الأساسية فيما يتعلق بالسبب الأولي للسلوك التصادم ، وليس على ضوء الإجراءات العلاجية المتبعة ، نجد أن هناك على الأقل أسلوبين للعلاج النفسي يقومان على نوع معين من العلاقة الاجتماعية التي تتضمن أكثر من شخصين : « العلاج الجماعي » ، « والعلاج البيئي » وهذه الأساليب العلاجية تتشابه إلى حد كبير مع العلاجات الثقافية الاجتماعية ( انظر الفصل الثالث عشر ) ، والفارق الأساسي بينهما لا يكمن في الطرق الفنية العلاجية أو المتغيرات التي تتناولها أو المتغيرات المستقلة ، ولكن يكمن في الفلسفة والنظرية الخاصة بكل منهما •

### العلاج النفسي الجماعي Group psychotherapy

العلاج الجماعي هو علاج الناس في جماعات ، حيث تكون الجماعة عنصرا مهما في العملية العلاجية • ويختلف العلاج الجماعي عن العلاج الفردي أساسا في تنبئة الواقع الاجتماعي ، فالموقف الجماعي بعلاقاته المتعددة بين الأشخاص يكون أقرب إلى الحياة الواقعية بالمقارنة إلى العلاقة العلاجية في العلاج النفسي الفردي •

وقد تأكد تأثير الجماعة الاجتماعية في أحداث التغير السلوكي على

مر القرون (Frank; 1961; Gazda; 1968) ، الا أن العلاج النفسي الجماعى فى حد ذاته يعد ظاهرة خاصة بالقرن العشرين • وبعد الأعمال المبكرة التى أجراها « مورينو » (Moreno, 1932, 1946) وكذلك « سلافسون » (Slavson; 1943) أصبح استخدام الجماعات فى المجال الطبى والتربوى والمهنى والعائلى ظاهرة شائعة فى أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات • وقد ارتبط فى البداية بالعلاجات ذات التوجه النفسى الدينامى ، ثم اءتد سريعا الى العلاجات الذاتية (Egan, 1970; 1971) ثم الى السلوكية (Johnson, 1975) •

### الاساس المنطقى

ينتج عن علاج الناس فى جماعات — بلا شك — اقتصاد فى وقت العلاج وجهده ، واقتصاد كذلك فى المال بالنسبة الى المريض • ولكن المنطق الأساسى للعلاج الجماعى ليس اقتصاديا ، فالوقف الجماعى أكثر المواقف شيها بالحياة الواقعية أكثر من العلاقة العلاجية فى العلاج النفسى الفردى ، ولذلك فهو أكثر ملاءمة فى علاج اضطرابات التوافق الاجتماعى • اذ لا يسمح فقط للمعالج بمشاهدة مشكلات التوافق التى يتعين على المريض وصفها له ، بل يزودنا ببيئة محكمة يستطيع فيها المريض تكرار أنواع السلوك الأكثر توافقا • بالإضافة الى ذلك ، فان التشابه الوثيق والمتزايد مع التفاعل الاجتماعى السوى سوف ييسر انتقال ما تم تعلمه فى الموقف العلاجى الى العالم الخارجى •

### الطريقة الفنية العلاجية

التاريخ الطبعى للعلاج النفسى الجماعى هو التاريخ الطبعى للعلاج النفسى الفردى ذاته ، اذ يمكن تحديد مدارس مختلفة تبعها للتركيز الذى تضعه على المراحل المختلفة • ولكننا نجد فى العلاج الجماعى ثراء فى كل المراحل ينشأ من تزايد التنبيه والمساندة الذى يمكن اشتقاقه من هذا الشكل العلاجى •

ويجب أن نتعامل كل أشكال العلاج النفسي مع فقدان الثقة في النفس ، والذي يملص غالباً الرض النفسى ، على حين يجب تشجيع المريض على فحص اتجاهاته وسلوكه وتغييرهما . والمساندة التي يعطيها المالعج للمريض تكون متعددة في حالة العلاج الجماعى ، فهى تضرب في عدد الأشخاص في الجماعة ، اذ يتخلص المريض من الشعور بالعملة حينما يدرك أن الآخرين لديهم صعوبات مشابهة لما لديه ، وعندما تكون المشكلات متشابهة يكون هناك مساندة متبادلة ومساعدة في تناول هذه المشكلات (Frank & Powdermaker, 1959) .

ويمكن تغيير السلوك الشاذ بواسطة أساليب العلاج السيكولوجية اذا أمكن التعبير عنه أو عن اتجاهاته الضمنية . وموقف الجماعة أكثر تنبئها من العلاج النفسى الفردى . بالإضافة الى أنه يعطى الفرصة للشخص لمقارنة مشكلاته بمشكلات الآخرين ، كما يكون هناك تنافس بين أعضاء الجماعة لصالح المالعج/القائد وفضال للوصول الى مكانة في الجماعة . وهناك أيضاً أثر التنبيه بفضل التواصل بين أشخاص مختلفين في آرائهم وخلفياتهم . كذلك هناك انتقال متبادل للاتصال بين أعضاء الجماعة .

أما من جهة البناء أو التركيب ، فإن الحجم الأمثل للجماعة يتراوح بين خمسة وثمانية أشخاص . ويجب أن يتشابه أعضاء الجماعة بدرجة كافية ليعطى كل منهم المساندة للآخر ، ولكن لابد أيضاً أن يكونوا مختلفين بدرجة كافية ليتعرض كل منهم الى الأثر التنبئى لموضوعات متعددة ومتباينة وكيفية التعامل معها .

## أنواع الجماعة

هناك تفرقة تقام أحياناً بين جماعات العلاج والجماعات التربوية . وتصمم جماعات العلاج — كما يتضح من اسمها — لأشخاص سلوكهم غير متوافق بشكل ما . أما الجماعات التربوية فيشار إليها أصلاً على

أنها « تدريب على العلاقات الانسانية » human relations ، وأخيرا تعرف «جماعات training ، أو جماعات «ت» T.groups ، و «جماعات المواجهة والتدريب على الحساسية sensitivity training and encounter groups ، وتصمم هذه الجماعات للأشخاص أسوياء يرغبون في تحسين مهاراتهم وعلاقاتهم مع الآخرين ، والتي تعد مهاراتهم مناسبة بالفعل . الا أن هذه التفرقة أصبحت غير واضحة (Lipitt, 1949; Benne, 1964; Gottschalk & Pattison, 1969) .

وأحد التتوينات في الجماعة «ت» هي جماعة « الماراثون » (Bach, 1968; Stoller, 1968) ، فبدلا من المقابلة لمدة خمسين دقيقة في اليوم بواقع خمسة أيام أو حتى يوم واحد في الأسبوع لمدة عام ، فإن جماعة الماراثون تتقابل لمدة ٤٨ ساعة في جلسة علاجية مستمرة . وهذا يشبه موضوع المارن الموزع Distributed practice في مقابل المارن المجمع (Lashley, 1918; Massed Garrett, 1940; Hovland, 1940; Cook, 1944; Underwood & Viterba, 1951) والذي ساد النقاش حوله في علم النفس الأكاديمي لعدة سنوات .

وتصنف الجماعات أيضا تبعا لبرنامجها أو بؤرة اهتمامها الواضحة . ففي أحد الأطراف ، حيث التركيز العقلي والمعرفي ، نجد الجماعات التعليمية didactic groups كذلك التي تستخدم في برامج تعليم الحياة العائلية . وهنا يقدم قائد الجماعة موادا تعليمية ، ويضبط كلا من التفاعل العقلي والانفعالي للأعضاء أثناء المناقشات التالية . وهناك بعد ذلك النوادي الاجتماعية العلاجية والسيكودراما ، والتي تعطي لأعضائها الفرصة في تكرار أدوار اجتماعية فيما بين الأشخاص . يلي ذلك جماعات « القمع — التنفيس repressive-inspirational groups » ، كذلك التي تستخدم في مراكز ادمان الكحوليات ، وتتضمن المحادثات التنفيسية والغناء الجماعي ، لتكوين توحيد قوى بالجماعة ، ولإثارة المشاعر الايجابية بوصفها وسيلة لترسيخ الثقة بالنفس لدى

أعضائها • وأخيرا ، على الطرف الآخر ، نجد جماعات « التفاعل الحر » والتي لا تتبع برنامجا محددًا ، بل إن التركيز فيها على التفاعلات السلوكية ورمود الأفعال الانفعالية لأعضائها (Frank & Powdermaker, 1959) .

### الفاعلية

قام «بذنر» وآخرون (Bednar et al, 1974) بعرض لعدد من نتائج الدراسات ، ووجدوا أن فاعلية العلاج الجماعي تعتمد على ما إذا كان هناك تدريب واعداد قبل العلاج أم لا (Bion, 1961; Foulkes & Anthony, 1965; Yalom, 1970; Heltzer, 1973; Strupp & Bloxom, 1973; D'Augelli & Chinsky, 1974; Nichols, 1976)

كما يتوقف نجاح العلاج الجماعي على نمو تماسك الجماعة ، والثقة بين أفرادها ، والجذب والاندماج أثناء سير العلاج ، كما يتوقف كذلك على وجود شخص على الأقل في الجماعة يقوم بتمثيل السلوك المطلوب ، وهو ما يشار إليه بالنموذج المؤثر •

### العلاج البيئي

يشار إلى العلاج البيئي أحيانا بأنه تكوين مجتمع علاجي ، ويرتبط هذا النوع من العلاج بأعمال « ماكسويل جونز » (Jones, 1953, 1968; 1978) • ويتراوح العدد في الجماعة العلاجية بين خمسة وثمانية أشخاص ، وهو العدد الأمثل في العلاج الجماعي • ويجري العلاج البيئي في قسم (عبر) كامل بالمستشفى ، بهدف تكوين بيئة مناسبة للاحداث التغير المطلوب لدى الأشخاص المشاركين في العلاج (Clark, 1977) •

ويقوم العلاج البيئي على افتراض أن البيئة الاجتماعية يمكن أن تكون أداة للتدخل العلاجي ، ومحاولة إيجاد هذه البيئة بحيث تكون على نقيض البيئة التي أسهمت في نمو العصاب ( انظر الفصل الثامن ) •

والعلاج البيئي هو علاج اجتماعي ديمقراطي يقوم على التسامح  
والمساواة .

ولضمان حدوث سلوك المريض في بيئته الأصلية بدرجة التحسن  
الذى يبيديه داخل المستشفى نفسها ، تصمم البيئة العلاجية بحيث  
تساعد أعضائها على تعلم ابدال أنواع السلوك غير التوافقي بضروب  
من السلوك أكثر ملاءمة . وهناك جانبان في البيئة العلاجية تيسر ذلك،  
أولا : التخلص من الضغوط والمشقة الخارجية ، وثانيا : تطوير كل  
مظاهر الحياة في المستشفى بحيث تكون خبرة علاجية ، فالوجبات  
وجداول تدبير شؤون المنزل والبرامج الترويحية ... الخ ، كلها خبرات  
بين الأشخاص توفد الشخص بفرصة للتعلم والاختبار وتكرار السلوك  
الاجتماعي التوافقي .

ويشجع المرضى في المجتمع العلاجي لكي يصبحوا مشاركين نشطين  
في علاجهم ، وأيضا ليصبحوا مسئولين عن مساعدة الآخرين . كما تقل  
المسافة الاجتماعية — عمدا — بين المرضى وأعضاء هيئة العلاج بمختلف  
أنواعها التدريجية ، لتيسير التواصل الحر والأمن . فتتفاعل هيئة  
المستشفى تفاعلا حرا مع المرضى كأنداد اجتماعيين في المقابلات بالقسم،  
حيث يتخذ مجلس المرضى القرارات بخصوص برامج القسم .

### نقد العلاجات الجماعية والبيئية

العلاج النفسي الجماعي غير مناسب لكل أنواع المرض النفسي  
والعقلي ، فبعد العلاج الفردي أكثر فاعلية في علاج المشكلات ذات  
الدلالات الانفعالية القوية مثل الصراعات المتعلقة بالجنسية المثلية .  
أما قوة العلاج النفسي الجماعي فتبدو في التعامل مع مشكلات التنشئة  
الاجتماعية .

ويصمم العلاج البيئي لمقاومة السلبية المميزة للمرضى في المؤسسات  
الشاملة (Kraft, 1966) ، وتمثل المستشفى حاجزا للحماية بين  
المريض ومجتمعه الخارجي ، على حين يشجع المريض في العلاج  
الاجتماعي على تعلم سلوك أكثر تكيفا لاستخدامه حين عودته لهذا



المجتمع • ومع ذلك فهناك خطورة في ديمقراطية بيئة المستشفى ، إذ تصبح غاية في حد ذاتها فتتفق هيئة العلاج في تصميم البيئة العلاجية وينشأها وقتا أكثر من ذلك الموجه للعناية المباشرة والاهتمام بالمرضى أنفسهم • وقد يكون هذا النشاط دفاعا ضد القلق الناتج عن زيادة الانشغال الشخصي المطلوب من أعضاء الهيئة في البيئة العلاجية ، ويؤدي الى الافتراض الخاطيء بأن التجديد والديمقراطية في القسم (العنبر) لابد أن يكون لهما أثر علاجي أكبر (Lewis & Selzer, 1972) .

ومن منظور أكثر عمومية ، ينظر اليه على أنه انعكاس اجتماعي لروح العصر في الستينيات ، فهو حركة اجتماعية أكثر منه تجديد علمي (Manning, 1976a; 1976b) .

### المعالج في العلاج النفسي

تتحدد فاعلية العلاج النفسي في علاج اضطراب ما ، ليس فقط من خلال للطريقة الفنية للعلاجية المتبعة ولكن أيضا من خلال المعالج نفسه ، انطلاقا من أن العلاج النفسي نوع من العلاقة الاجتماعية تقوم بين شخصين • وقد ظهر أن هناك عدة خصائص للمعالج ترتبط بالفاعلية العلاجية أهمها : الخبرة والتدريب ، الاتجاه والشخصية ، الأسلوب (Thomson, 1965; Luborsky et al., 1971) .

### الخبرة

يميل المرضى المعالجون من قبل معالجين ذوي خبرة الى اظهار تحسن أكبر بالمقارنة الى هؤلاء المرضى الذين تلقوا علاجهم على يد معالجين محدودي الخبرة (Cartwright & Vogel, 1960; Bohn; Rice; 1965; 1965) ، وهناك تساؤل مهم عن مختلف مكونات هذه الخبرة •

وبالإضافة الى التدريب الأكاديمي الرسمي، يصير «فرويد» على أن يقوم كل مصل بتحليل نفسه ، لكي يفهم ردود أفعاله ويتحكم فيها خلال المقابلة العلاجية • ويذهب «سكوفيلد» (Schofield, 1964) خطوة أبعد

حيث يرى أن العلاج النفسى لابد أن يمارس من خلال نمط جديد من التخصص ، يتخلص فيه التدريب من التيارات غير المتصلة بالموضوع ، ويكون التركيز فيه على الشخصية والخصائص الاجتماعية أكثر من التركيز على الانجاز الأكاديمى . كما يقترح «ريوش» (Riouch et al., 1963; 1965; 1966) أن ربّات البيوت الناضجات دون التدريب التقليدى المتخصص يستطعن أن يتطعن فى عامين أن يكن ناجحات مثل هؤلاء المتخصصين فى الصحة النفسية التقليدية والذين قضوا سبع سنوات فى التدريب .

### الشخصية

المعالجون الذين يكرهون مرضى معينين ، سواء أوصفت هذه الكراهية على ضوء التحويل المضاد countertransference أو صراعات الشخصية ، لن يكونوا ناجحين مع هؤلاء المرضى بقدر نجاحهم مع المرضى المحبين اليهم (Strupp, 1960; Strupp & Williams, 1960) .

ويرى «وايتهورن ، بيتز» (Whitehorn & Betz, 1954, 1960) أن المعالجين النفسيين الناجحين فى علاج المرضى الفصامين المقيمين فى المستشفى يختلفون فى اتجاهاتهم وشخصياتهم عن المعالجين غير الناجحين . وقد أطلق على المعالج الناجح نمط «أ» ووصف بالتعاطف والدفع ومحاولة الارتباط بالمرضى بطريقة شخصية سريعة ومباشرة . أما المعالج الأقل نجاحا - نمط «ب» - فيميل الى التواصل مع المريض بطريقة موضوعية غير شخصية وبتركيز عقلى على المرض النفسى وليس على الشخص نفسه . وقد تم التمييز بين هذين النمطين من المعالجين على أساس درجاتهم على اختبار «سترونج» للاهتمامات المهنية VIB ومقياس مكون من ثلاثة وعشرين بندا لقياس النمطين «أ» ، «ب» A-B scale ، وقد صمم خصيصا لقياس هذا البعد فى الشخصية .

ومع ذلك ، فقد اتضح فيما بعد ، أنه مع تساوى الخبرة والكفاءة العامة ، يحقق المعالج من نمط «ب» نتائج أفضل من المعالج «أ» بشكل

جوهري ، وذلك حينما يعملان مع مرضى العيادات الخارجية الذين يمالجون من اضطرابات عصابية (McNair, Callahan & Lorr, 1962) ولذلك فإن التنوير الحاسم قد لا يكون شخصية المعالج ، بل المائلة Matching بين المعالج والمريض (Garfield & Bergin, 1978) .

## الأسلوب

تعد الخبرة والشخصية محددات مهمة لأسلوب المعالج ، وقد حدد (Yalom & Lieberman; 1971; Lieberman, « يالوم ، ليرمان » (Yalom & Miles, 1973) ستة أساليب مختلفة ، وفحصا فاعليتها في قيادة جماعات المواجهة ، وتراوحت هذه الأساليب من الأسلوب العدواني المنبه Agressive stimulator أو المزود بالطاقة Energizer حيث القادة المتسلطون الذين يمدون أعضاء الجماعة بالتنبيه الانفعالي الزائد بشكل متطرف ، الى أسلوب القادة المتبعين لسياسة عدم التدخل laissez-faire ، والذين يقدمون تنبها ضئيلا جدا ، ولا يمترضون على أى شيء ، ولا يواجهون أعضاء الجماعة بأية موضوعات ، الى قادة الحب love leaders أو الامداديين provider الذين يعتنون بكل فرد في الجماعة على حدة ، ويعطون المساندة الانفعالية ، بالاضافة الى المعلومات والأفكار عن كيفية التغيير ، وهم ينضحون بالحب والأبوة الحنونة ولا يشكلون أى ضغط على أعضاء الجماعة .

وتختلف أنماط القادة اختلافا كبيرا في مدى فاعليتهم ، فالقادة الامداديون أحدثوا تغيرات ايجابية بأقل قدر من الخسائر (وقد عرفوا على أنهم مشاركين ، خبروا — خلال وجودهم في الجماعة — ردود فعل ذات مغزى) . أما القادة المزوحدون بالطاقة فكان لهم تأثير مفيد تماما على بعض الأعضاء ولكنهم وضعوهم أمام مخاطرة كبيرة ، وحدث في مجموعاتهم أكبر عدد من الخسائر ، وأكبر عدد من الأعضاء الذين توقفوا عن الاشتراك في العلاج .

## طفرس وامستتاجات

امستخدمت أساليب العلاج السيكولوجية أساسا فى علاج الاضطرابات العصبية ، ومن منظور اعتماد هذه الأساليب على الاستبصار والفهم والتفكير العقلانى لاهراز التغير السلوكى ، فهى غير ملائمة لعلاج الاضطرابات الذهانية والعضوية التى تتسم بالخلل العقلى intellectual impairment والافتقار الى الاتصال بالواقع . ومن ناحية اعتمادها على مستوى مرتفع من دافعية المريض ورغبته فى تغيير سلوكه ، فهى غير مناسبة أيضا لعلاج اضطرابات الطباع أو الخلق .

واعتماد العلاجات النفسية على القوى الدافعية والمعرفية للمريض يجعل فاعليتها ترتبط بمدى وضوح ادراك المريض لمشكلته ، وآماله ، وتوقعاته . وقد أكد بعض المنظرين على العلاقة العلاجية بوصفها أداة للتغيير . الا أن «سكوفيلد» (Schofield, 1964) يرى أن العلاج النفسى ما هو الا صداقة تشترى ، وهو مناسب فقط لعلاج الشباب الجذاب القادر على التعبير اللفظى ، الذكى ، الناجح .

وعلى الرغم من أن معالجي التحليل النفسى يميلون الى أن يكونوا حتميين فى تأكيد المحددات اللاشعورية للسلوك ، فهم يعطون أهمية ضمنية للإرادة الحرة فى علاجهم للشعور ، مثلهم فى ذلك مثل العلاجات الذاتية وعلاجات الذات . وان تقبل مفهوم الإرادة الحرة يحمل فى طياته الاعتراف بالمسؤولية الشخصية . وهذا هو الأسلوب العلاجى الذى أيده «توماس ساس» ( انظر الفصل الأول ) : فالأشياء لا تصنع الناس ، بل يصنعونها لأنفسهم .

ويأتى مع الاعتراف بالمسؤولية الشخصية الميل الى التحرك من العلاج الى العقاب . فالحرية المنية سلاح ذو حدين : فإذا طلب المريض بحقه فى أن يكون مسئولاً عن أفعاله ، لابد له أن يتوقع أن المجتمع سيحاسبه على هذه الأفعال حينما يعتدى على العادات والأعراف الاجتماعية . ويصعب « لتوماس ساس » اتساقه فى هذه النقطة .

## الفصل الثالث عشر

### العلاجات البيئية والاجتماعية الحضارية

تقوم العلاجات البيئية والاجتماعية الحضارية على افتراض أن السبب الأساسي للمرض النفسى يكمن خارج الفرد وداخل بيئته . وبناء على ذلك تتميز تلك العلاجات بمحاولات للتحكم فى هذه البيئة أو تغييرها . ويمكن التعرف الى منحيين أساسيين : أولهما المنحى السلوكى ، وهو يركز على متغيرات محددة بدقة شديدة فى البيئة ، تسمى «منبهات» أو «مدعمات» *reinforcers* ويحاول أن يربطها بسلوكيات محددة بدقة أو «استجابات» على ضوء قوانين التعلم المستمدة من التجارب . وثانيهما : المنحى الاجتماعى ، الذى يركز على التفاعل المعقد بين الفرد وبيئته ، ويتحدث عن متغيرات اجتماعية مثل الطبقة الاجتماعية والفقر ، ويميل الى الاهتمام بالوقاية *prevention* أكثر من العلاج .

### العلاجات السلوكية : (١) الخصائص العامة

تحاول العلاجات السلوكية تطبيق نتائج علم النفس التجريبي ومناهجه ، وبصفة خاصة نظرية التعلم ، فى علاج المرض النفسى ، وتوضع تلك العلاجات — من الناحية الفلسفية — على خط واحد مع طريقة «أرسطو» ( ٣٨٤ — ٣٢٢ ق م . ) التحليلية ، وتصور « جون لوك » ( ١٦٣٢ — ١٧٠٤ ) عن عقل الطفل على أنه صفحة بيضاء *tabula rasa* ، وترابطية *Associationism* « جيمس هارتلى » ( ١٧٠٥ — ١٧٨٧ ) ( Kroger & Fezler, 1976 ) .

وهناك عدد من تلك العلاجات يقوم على الجوانب والمبادئ المختلفة لنظريات التعلم المتعددة ، مستخدمين طرقا فنية مختلفة ، ولكنهم جميعا يشتركون في عدد من الملامح العامة •

وتعرف العلاجات السلوكية جميعها السلوك الشاذ (العصاب) على أنه اما استجابات غير تكيفية مكتسبة ، أو فشل في اكتساب استجابة تكيفية ، وتقدم افتراضا بأن السلوك الشاذ يمكن أن يتعلم في مرحلة الرشد كإمكانية تعلمه في مراحل النمو الأخرى ، وأن مثل هذا السلوك ليس عرضا لاضطراب كامن ، ولكنه اضطراب في حد ذاته • وبناء على ذلك تركز طرقهم الفنية العلاجية على السلوك الحالي ، ولا تعطى عناية كبيرة بأسباب المرض • وتضع أهدافا للعلاج محددة بشكل واضح ، وقابلة للقياس موضوعيا ، وتتحكم في خبرة المريض حتى يحدث عدم عظمه للعادات القديمة ، ويتم تعلم عادات جديدة ، وذلك بدلا من الحديث عن المشكلة مع المريض للوصول به الى الاستبصار بحالته (Eysenck, 1960, Wolpe, 1960) •

ويعد السلوكيون — من الناحية التاريخية — حتميين ، ويعطون اهتماما قليلا بمفاهيم الشعور والذات والارادة الحرة ، كما يعدون في المقام الأول من أصحاب التوجه النزوعي أكثر منه المعرفي ، ولكن هذا قد تغير فيما بعد •

وتمثل السلوكية بوجه عام رد فعل لعلم النفس بوصفه دراسة للعقل ، وبالنسبة للسلوكيين يعد علم النفس بمثابة الدراسة العلمية للسلوك • وقد قصد بإعادة التعريف هذه أن العلاجات السلوكية ينظر اليها عادة على أنها طرق سيكولوجية للعلاج • ولكن يعرف السلوكيون التعلم على ضوء التكرار ، وتنايم التقديم • ودوام الأحداث الخارجية (المنبهات) ، وليس على أنه عملية عقلية ، فتلك المتغيرات هي التي ينظر اليها الممارسون السلوكيون على أنها حاسمة في علاج السلوك الشاذ ، وذلك على ضوء القنبة الأساسية ، وهي أن السلوك يمثل دالة أو وظيفة

مباشرة للبيئة (Skinner, 1953; Tharp & Wetzel, 1969) ولذلك لا تعد طرق العلاج السلوكية - من الناحية الفلسفية - طرقا سيكولوجية ولكنها طرقا بيئية .

وقد مال المعالجون السلوكيون الى تركيز المنهج والطرق الفنية على العلاقة الشخصية بين المعالج والمريض . وبالرغم من ذلك فهم يعتمدون على المقابلة البعدية التي يحددون فيها كل الأحداث والمواقف التي تسبق السلوك الشاذ بشكل ثابت ( الأسباب المترسبة أو المنبهات ) ، وكل الأحداث والمواقف التي تليه أيضا بشكل ثابت ( الأسباب الدائمة أو المدعيات ) ، وهناك حاليا اهتمام زائد بأهمية العلاقة بين المعالج والمريض (Devoge & Beck, 1978) .

وميز «لازاروس» (Lazarus, 1971) بين مدرستين أساسيتين في العلاج السلوكي . علاج السلوك Behavior Therapy ، وتمديد السلوك B. Modification وقد أدت التطويرات التالية في هذا الإطار الى تطبيق الطرق السلوكية على المحتوى العقلي ، والذي يشار اليه على أنه التعديل المعرفي للسلوك ( انظر الفصل «١٢» (Meichenbaum, 1977) وقد أدت هذه التطويرات الى مدرسة رابعة هي «نظرية التعلم الاجتماعي» والتي تتضمن التعليم بالاقتراء modeling (Bandura, 1962) والتمرين السلوكي B.Rehearsal .

### العلاجات السلوكية : (٢) علاج السلوك

العلاج السلوكي هو تطبيق اجراءات الاشراف التقليدية ونظريات التعلم لدى «بافلوف ، وثورندايك ، وهل ، وولبي » في علاج المرض النفسي . ويستخدم العلاج السلوكي أساسا مع الراشدين لعلاج الأعراض وأنواع محددة من السلوك كالقلق والخوف المرضية وأنواع الكذب التي ترتبط بالاضطرابات العصبية ، وكذلك لعلاج الاضطرابات الجنسية وادمان العقاقير والكحوليات ، والتي تعد اضطرابات للطباع

أو الخلق • والطرق الفنية الأساسية هي : الاشراف التقليدي ، والكف  
التبادلي ، والتدريب التوكيدي ، والممارسة السلبية ، والتشجيع بالمنبه،  
والقيض أو الغمر ، ومنع الاستجابة •

### الاشراط التقليدي

الاشراط التقليدي Classical Conditioning هو العملية التي  
بمقتضاها يثير شيء أو حدث ( المنبه الشرطي ) سلوكا مشابها تماما  
للسوك المثار بوساطة شيء أو حدث آخر ( المنبه غير الشرطي ) استنادا  
الى حدوثه في الوقت ذاته • وقد يسبق المنبه الشرطي المنبه غير الشرطي،  
ولكنه يجب أن يتداخل معه في كل من : زمن الحدوث ، والسلوك الذي  
يثيره ، والاستجابة الشرطية ، وتعد الأخيرة الى حد كبير جزءا واحدا  
فقط من السلوك الأصلي ، والذي يسبقه أيضا • وقد درست هذه  
العملية باستفاضة بوساطة «بافلوف» (Pavlov; 1927, 1928) والذي  
اكتشف معظم العلاقات الأساسية ، والتي طورت عن طريق الباحثين  
التاليين (Hilgard; 1966) •

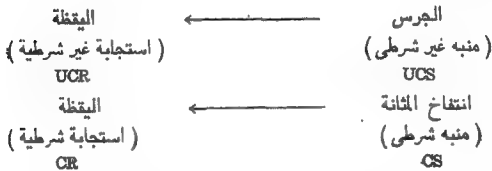
والتبشير التقليدي لهذه الطريقة : سلوك الأكل — الذي يوجد في  
المخزون السلوكي للمفحوص ، وهو الاستجابة غير الشرطية ، والطعام  
الذي يثيرها يسمى بالمنبه غير الشرطي ، والجرس الذي لا يثير سلوك  
الأكل عادة يدعى بالمنبه الشرطي • ويقدم الجرس والطعام بشكل متكرر،  
سواء أكان ذلك في وقت واحد أم مع رنين الجرس الذي يسبقه ولكنه  
يتداخل مع تقديم الطعام • فتحدث استجابة شبيهة بالاستجابة غير  
الشرطية ، وهي عادة تسبق الاستجابة غير الشرطية ، وينظر اليها عادة  
على أنها مجرد جزء من الاستجابة غير الشرطية :

المنبه غير الشرطي	UCS	←	الاستجابة غير الشرطية	UCR
( الطعام )			( الأكل )	
المنبه الشرطي	CS	←	الاستجابة الشرطية	CR
( الجرس )			( اللعاب )	



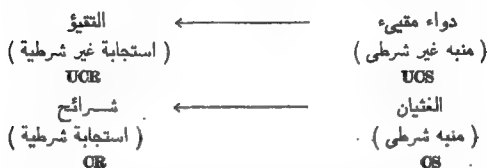
وكانت أحد الاستخدامات المبكرة جدا للأشراط التقليدي علاج التبول اللا ارادى *enuresis* (Mowrer & Mowrer, 1938) ، فقد بين «مورر» أن انتفاخ المثانة لدى الطفل الذى يتبول لا اراديا لا يؤدي الى استيقاظ الطفل ، بل يؤدي الى منعكس استرخاء العضلة العاصرة ومن ثم التبول . ولهذا فان ما نحتاجه هو شيء ما يجعل الطفل يستيقظ عندما تمتلئ المثانة ، ولكن قبل أن يحدث منعكس استرخاء العضلة العاصرة . وبناء على ذلك صمموا لبادة *Pad* من نوع خاص تحتوى على قماش ماص ثقيل يفصل بين قطعتين كبيرتين من حاجز برونزى . وكانت هذه اللبادة خفيفة الوزن ومتينة ومريحة فى النوم بالنسبة الى الطفل . وعندما يتبول الطفل ، يتسرب البول الى اللبادة، ويحدث اتصال كهربى بين قطعتى الحاجز البرونزى ، حيث ان قطعتى البرونز متصلتان ببطارية وجرس ، وتكتمل الدائرة بالتبول والرنين المزعج للجرس واستيقاظ الطفل .

ووفقا لمبادئ الاشراط ، فقد أدى تكرار هذا الاجراء الى النتيجة التالية : انتفاخ المثانة الذى يسبق التبول ورنين الجرس ويحدث بشكل متزامن معها ، وبالتنظر الى خصائص الجرس تحدث اليقظة قبل بداية التبول :



واستخدم الانسراط التقليدي أيضا فى علاج الجنسية المثلية *homosexuality* ، فقد حاول «فروند» (Freund, 1960) أن يستبدل بشعور الاثارة الجنسية شعور الغثيان عندما عالج الجنسية المثلية لدى

الذكور باعطائهم دواء مقيئا ، ثم عرض عليهم شرائح لرجال يلبسون ملابسهم وشرائح لرجال عرايا :



وفي المرحلة الثانية من العلاج أعطى للمرضى هرمونات جنسية ذكورية ، ثم عرض عليهم أفلاما لسيدات عاريات أو شبه عاريات .

### الكف التبادلي Reciprocal inhibition

الكف التبادلي هو محاولة لاجداث تحكم شرطي في السلوك العصبي عن طريق الحدوث المتكرر والمتزامن للنزعات المتعارضة للاستجابة . والكف التبادلي له جذوره النظرية في احدثات « واطسون ، راينر » ( Watson & Rayner, 1920 ) استجابة انفعالية شرطية لدى طفل عمره ( ١١ ) شهرا ، كما له جذوره أيضا في نجاح « جونز » ( Jones 1924 ) في التخلص من خوف الطفل من الأشياء ذات الفراء . وهو مبني على افتراض أن لكل نمط سلوكي نمطا آخر يكون متعارضا معه ، فمثلا من المستحيل أن نبسط الذراع ونثنيه في الوقت نفسه ، أو أن ننام ونكون مستيقظين في آن واحد .

ومهمة المطالج الأولى هي أن يجد نمط الاستجابة المقبولة ، والتي تكون مضادة للنشاط العصبي للمريض ، ثم يستبدل هذا السلوك التكيفي بالسلوك غير التكيفي . والاستجابات الثلاثة المستخدمة على نطاق واسع جدا هي :

١ - استجابة الاسترخاء في علاج القلق والخوف .

٢ - والاستجابات الجنسية لعلاج الفنجيز ( العنة ) والبرود  
الجنسى •

٣ - الاستجابة التوكيدية فى علاج مشاعر النقص وعدم الأمان •

### استجابات الاسترخاء Relaxation Responses

إذا كانت الاستجابة التى تكف القلق يمكن أن تحدث فى وجود  
المنبهات المثيرة للقلق ، فانها تضعف الرابطة بين تلك المنبهات والقلق •  
وقد استخدمت هذه الطريقة الفنية لأول مرة بواسطة «جاكوبسون»  
(Jacobson, 1938) الذى برهن على أن استجابات الاسترخاء لها  
مضاجبات لا ارادية (أوتونومية) مضادة لتلك التى تصاحب القلق • ومع  
ذلك ، فطريقة «جاكوبسون» فى التدريب المكثف على الاسترخاء بالرغم  
من أنها مفيدة ، فانها كانت تستهلك الوقت ، وقد استبدل بها « التحصين  
المنظم » من وضع «وولبى» ( انظر الفصل ١٢ ) •

### الاستجابات الجنسية Sexual Responses

تكف الاثارة الجنسية. القلق تبادليا (Wolpe, 1958) ، ولذلك يمكن  
أن تكون بديلا للاسترخاء فى علاج المخاوف المرضية ، إلا أن استخدامها  
كان - فى المقام الأول - لعلاج المشكلات التى تعد فى حد ذاتها جنسية،  
وبصفة خاصة العنة ( العجز الجنسي ) impotence ، والبرود الجنسي  
frigidity (Wolpe, 1969, Masters & Johnson, 1970) •

### استجابات التوكيد Assertive Responses

افترض «وولبى» (Wolpe; 1958, 1969) أن السلوك التوكيدى  
مشابه للاسترخاء العضلى العميق فى علاقته الكفية التبادلية مع القلق،  
ولكن - على عكس التحصين المنظم - لم يطور اجراء مفرد ، وما تطور  
هو مجموعة من الاجراءات العلاجية التى تسمى «التدريب التوكيدى» •

## التدريب التوكيدي Assertiveness Training

التدريب التوكيدي هو أى إجراء علاجي يحاول أن يزيد من قدرة المريض على أن يندمج في سلوك اجتماعي ، متضمنا التعبير عن المشاعر أو الرغبات عندما يتعرض مثل هذا السلوك لفقدان الاستحسان وحتى العقاب (Rimm & Masters, 1974, Rich & Schroeder, 1976; Heimberg et al, 1977) . فهو شبيه جدا بالسيكودراما عند مورينو (Moreno; 1946; 1955) على الرغم من أن هذه الطريقة الفنية تستمد دعائمها النظرية من كتابات «سالتر» (Salter, 1949) ، وولبي (Wolpe, 1958, 1969; Wolpe & Lazarus, 1966) .

ويراعى في السلوك التوكيدي أن يفضى الى شعور متزايد بأن كل شيء على ما يرام ، وأن يحسن الفاعلية الاجتماعية والعلاقة بين الأشخاص ، وأن يكافأ الشخص اجتماعيا وماديا . ولكن على حين يتضمن التدريب التوكيدي تعليمات وممارسة للتعبيرات التلقائية عن المشاعر ، فإنه يجب على المعالج أيضا أن يهتم بالنتائج المترتبة على مثل هذا السلوك في العلاقات بين الأشخاص ، فعلى وجه الخصوص — يجب على المعالج أن يكفل لمثل هذا السلوك المكتسب حديثا طريقة مناسبة للتعبير عنه تلقائيا لحدوث نتائج عكسية (Rimm & Masters, 1974) .

وعرقل البحث في سلوك التوكيد والتدريب التوكيدي بسبب نقص المقاييس الموضوعية الثابتة ، ويرجع ذلك بالتالى الى عدم وجود التعريف الدقيق المقبول بشكل عام للسلوك التوكيدي (McFall & Marston, 1970) ويتضح الجزء الأكبر من مشكلة التعريف في الحاجة الى التمييز بين التوكيد والعنوان ، (Lazarus, 1971, Rathus, 1973, Alberti & Emmons, 1974) ويتضمن محاولة لتحديد المدى الذى يمثل فيه السلوك التوكيدي سمة شخصية أكثر من كونه رد فعل سلوكي لمواقف محددة (Rich & Schroeder, 1976) .

## Negative practice الممارسة السلبية

يعمل النظم الأصم rote learning واكتساب المهارات البدنية

بوجه عام وفقاً لاسماء «ثورندايك» (Thorndike, 1913) «قانون المران» Law of exercise . وهذا القانون في الواقع يعد قانونين : «قانون الاستعمال» ، و «قانون الترك أو الاهیال» والذان ينصان على أن التعلم — اذا ما تساوت بقية الظروف — يصبح ميسوراً عن طريق التكرار والتدريب والاستعمال ، على حين يحدث التسيان بوساطة الاهیال وعدم الاستخدام، انه يمثل اقراراً بمبدأ التعلم عن طريق العمل.

وقد اقترح «دانلاب» (Dunlap, 1928; 1930; 1932) طريقة فنية علاجية للتخلص من العادات التي تتضمن أفعالاً بدنية ، والتي تفسر عكس هذا القانون . فقد افترض أن العادات يمكن التخلص منها اذا تم التدريب عليها أكثر — وليس أقل — وما ذلك الا بالطريقة الفنية التي يشار اليها بالممارسة السلبية (Humphrey & negative practice Rachmen, 1963; Rimm & Masters, 1974; Wooden, 1974) . وقد أمدنا «كلارك هل» (Hull, 1943) بالتدعيم النظري لهذا الاجراء، وذلك بافتراضه أن الأداء المكرر للسلوك يؤدي الى التعب ، على حين تؤدي الراحة الى تجديد هذا التعب . وحيث يكون التعب ممقوتاً والراحة سارة ، فان التدريب أو الممارسة الزائدة يتخذ خصائص الدعم السلبي، الذي يدعم انهاء استجابة «عدم الاستجابة» (Yates, 1958a).

### تشبع المنبه Stimulus Satiation

تشبع المنبه هو محاولة التخلص من أنواع السلوك المكتسبة ، وذلك عن طريق خفض جاذبية المنبهات التي تحتكر انتباه المريض . ويتحقق ذلك — كما يوحي الاسم — ببساطة — باشباع اهتمام المريض، وهو يعد طريقة فنية متممة للممارسة السلبية : فعلى حين تتضمن الممارسة السلبية التكرار المستمر للاستجابة ، يتضمن تشبع المنبه التكرار المستمر للمنبه (Gewirtz & Baer, 1958, Rimm & Masters, 1974) .

ويقتبس المؤلفان الأخيران «أيلون» (Ayllon, 1963) بوصفه أشهر مثال لاستخدام «التشبع» ، ولكن إذا أردنا القرائن غير المني ، فإن ذلك الفضل يجب أن يعزى إلى الملك ميداس Midas .

وقد يكون من المستحيل في التدريب على تشبع المنبه أن يفصله عن الممارسة السلبيه ، ففي الأكل والتدخين القهري مثلا ، قد يكون السلوك الخاص من جانب المريض ضروريا لتزويده بالمنبه وامتداده به ، والعكس بالعكس (Rimm & Masters, 1974) .

### الفيض (الغمر) ومنع الاستجابة Flooding and Response Prevention

العلاج بالفيض ومنع الاستجابة هما اسمان لطريقة فنية عامة لتقديم الأشياء والمواقف المثيرة للخوف بينما يمنع المريض من تجنبهما . وتبدو أصولهما النظرية في العمل على تكوين استجابات التجنب وإطفائها ، وهما يشبهان في بعض الجوانب كلا من التعلم الانفجاري وتعلم التجنب (Rimm & Masters, 1974) . ويستخدمان أساسا في علاج اضطرابات المخاوف المرضية والوساوس القهرية . (Marks, 1972) .

### العلاجات السلوكية : (٣) تعديل السلوك

تعديل السلوك Behavior Modification هو تطبيق إجراءات الاشراف الاجرائي Operant أو الوسيلى instrumental ونظرية التعلم عند «سكتر» في علاج المرض النفسي . ويعرف أيضا على أنه « الإدارة الاحتمالية » contingency management . ويستخدم أساسا في علاج المرضى الذهانيين المقيمين في المستشفيات والأطفال .

والمفهوم الأساسى في تعديل السلوك هو «المدعم» Reinforcer والذي يعرف بأنه ناتج فعل يقويه أو يضعفه عندما يقدم أو يسحب (Tharp & Wetzel, 1969) . فالمدعم الايجابى سيزيد من تكرار أى سلوك غير متوقع ظهوره ، على حين أن المدعم السلبي سيزيد من

حدوث أى سلوك عندما يسحب منه المنبه (Skinner, 1969; Rimm & Masters, 1974).

ومفهوم التدعيم له أصوله النظرية فى « قانون الأثر » عند ثورندايك (Thorndike, 1913) والذي يقرب بأنه عندما تكون الاستجابة مصحوبة أو متبوعة بحالة رضا ، فإنه يتراد احتمال تكرار الاستجابة ، ولكن اذا كانت الاستجابة مصحوبة أو متبوعة بخالة من عدم الرضا فإنه يقل احتمال تكرارها . (وقد عرف « حالة الرضا » إجرائيا ، بأنها الاستجابة التي لا يفعل الفرد شيئا لتجنبها ، وفى الواقع ، يفعل أشياء لكي تستمر أو تتجدد ) .

ويشير الاسم البديل لتعديل السلوك : « الادارة الاحتمالية » الى اعادة تنظيم المكافآت والجزاءات البيئية أو التحكم فيها ، وهى التى تقوى استجابات معينة أو تضعفها : اعطاء المدعم بشكل احتمالى هو أن تعطيه فقط بعد السلوك الذى يتراد تكرار حدوثه (Rimm & Masters; 1974, P.165)

وتمثل الأشياء المادية أكثر المدعمات شيوعاً بالنسبة للأطفال والراشدين شديدي الاضطراب ، ومن المحتمل أن يكون السبب فى ذلك هو سهولة التحكم فيهم . ولكن مع المرضى الأكبر عمرا والأقل اضطرابا يتراد استخدام أنواع السلوك الاجتماعى كالاتسمات وتعبيرات المديح واعطاء فرصة للاداء أو للمشاركة فى نشاطات خاصة (Premack; 1965, Osborne, 1969)

وقبل اختيار طريقة فنية علاجية معينة ، يجب على المعالج السلوكى أن يحدد السلوك أو السلوكيات المحددة التى يجب أن تتغير ، وتكرار حدوثها ، والمواقف التى تحدث فيها ، والمنبهات أو المدعمات التى يبدو أنها مسئولة عن دوامها أو الحفاظ عليها (Rimm & Masters, 1974) . وعندئذ يختار الطريقة الفنية العلاجية المناسبة ، ويحدد صدق مدعمات ، ويكون اجراءات قياس التغير فى السلوك الذى سيحاول احداثه .

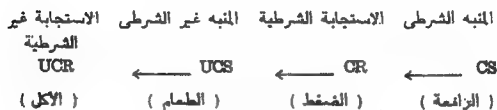
وهناك خمسة طرق فنية شائعة يختار المالح الطريقة المناسبة من بينها، وهي : الاشرط الاجرائى ، والعقاب ، والتعطيل ، واشراط الهروب ، واشراط التجنب .

### الاشراط الاجرائى Operant conditioning

ميز «سكنر» (Skinner; 1988) بين نوعين أساسيين من السلوك : السلوك المثار أو السلوك الاستجابى Respondent ، والسلوك الصادر أو السلوك الاجرائى ، وقد افترض أن هاتين الفئتين من السلوك تكتسب أو تتعلم بطريقتين مختلفتين : الأولى بوساطة الاشرط التقليدى أو الاستجابى ، والثانية بوساطة الاشرط الاجرائى . فمعظم الأداءات التى تتقنها الحيوانات فى السيرك والمتزهات أو الحدائق البحرية يتم اكتسابها من خلال الاشرط الاجرائى . وقد أوضح «سكنر» (Skinner, 1960) تعقد مثل هذا النوع من التعلم وثباته، باستخدام حمام مدرب يقوم بتشغيل جهاز توجيه القذائف الصاروخية أثناء الحرب العالمية الثانية .

### الطريقة الفنية

فى الاشرط الاجرائى يتبع السلوك المراد تعلمه بالحدث البيئى الذى يدعمه أو يكافئه (Schwitzer & Kolb, 1974, P.40) ، والمثال التقليدى هو استخدام الطعام لتدعيم سلوك الضغط على الرافعة لدى الفئران .





ويتضمن الاشراف الاجرائي عند استخدامه عمليا مفهومين بالاضافة الى مفهوم التدعيم : التدعيم الانتقائي Selective reinforcement والتقريب المتتالي successive approximation أو التشكيل shaping .

ويشير التدعيم الانتقائي الى تقديم التدعيم فقط لتلك الاستجابات التي يريد المعالج أن يشجعها ، أما التشكيل فيشير الى الزيادة المطردة في القدرة على تحديد المحكات التي يجب أن يدعم السلوك على أساسها . ففي البداية تدعم فئة عامة جدا من السلوك ( مثل التلفظ بكلمة ، استجابة لكلمة ) ، كلفظ استجابة للفظ ، وعندما يتعلم ذلك اللفظ فان تلك الألفاظ التي تقترب من لفظ المعالج هي التي تكافأ فقط . وأخيرا ، يقدم التدعيم فقط للانتاجات الجيدة ( النطق السليم ) . لكلمات المعالج . وبهذه الطريقة يحصل المعالج بشكل متتابع على اقتراب أشد من السلوك المطلوب ، ويكون المريض قادرا على تعلم مهارة معقدة جدا بالبداية بالمكونات الأسهل والأكثر عمومية .

والبرنامج العلاجي الذي يشار اليه بشكل متكرر والمبنى على أساليب الاشراف الاجرائي هو « المكافآت الرمزية » token economy لدى « آيلون ، أزرين » ، وكان هذا البرنامج بمثابة محاولة لتحسين التكيف الاجتماعي لدى المرضى العقلانيين المزمنين « كمرضى فصام المراهقة ، والمتأخرين عقليا ، والفصامين ، والبارانويديين ، والذهانبيين العضويين ، والاكتئابيين الدوربيين ، وأمراض الشيفوخة ... الخ » (Ayllon & Azrin, 1968, P. 190) وذلك من خلال مكافأة مختلف أنواع سلوك الرعاية الذاتية كترتيب الأسرة وتغذية الفرد لنفسه . وكانت المكافأة عبارة عن عملات رمزية من البلاستيك يمكن استبدالها بمعاملات وامتيازات خاصة .

يتضمن الاشرط الاجرائى تقديم المكلفات ، وهو يهتم — فى المقام الأول — بتقديم الانماط التكيفية الجديدة من السلوك • وعلى حين يمكن أن يؤدي ذلك بشكل غير مباشر الى التخلص من الانماط غير التكيفية من السلوك ، فان التخلص المباشر من هذه الانماط غير التكيفية يتضمن تطبيق شكل ما من أشكال التنبية المقوت أو ما يسمى «العقاب» • والعقاب هو استخدام الاستجابة المحتملة لمنبه له قيمة سلبية • ويعرف العقاب اجرائيا على أنه السلوك الذى سيدعم من خلال انهائه ، أو تجاهل اكتساب السلوك الجسدي ، وهو السلوك الذى سيفرض بواسطة الفرد اذا قدم كبديل لعدم وجود منبه على الاطلاق (Solomon, 1964, P. 239)

وقد كان هناك إبتعاد عن استخدام العقاب لصالح التدعيم الايجابى ، وذلك بهدف تعديل السلوك • وقامت هذه الحركة — بالدرجة الأولى — على أسس انسانية وأخلاقية (Maurer, 1974) ، ولكن هذه الحركة تلتقت أيضا بعض الدعم النظرى ، فقد اقترح « سكينر » (Skinner, 1960) أن آثار العقاب تعد مجرد أخمد مؤقت للسلوك المعاقب ، وليس بمثابة التخلص الدائم منه ، كما أن العقاب يكون مصحوبا بعدد من الآثار الجانبية المعاكسة تفوق مميزاته بكثير • وعلى أى حال ، لا يوجد دليل حاسم على أن آثار التدعيم الايجابى تدوم أكثر من آثار العقاب (Solomon, 1964; Walters & Grusec, 1977) •

وقد كان رفض العقاب متأثرا بشكل واضح بارتباطه بالألم : عندما أعطى علماء النفس التجريبيون صدمات كهربية لمفحوضيهم فى المعمل عند عقاب الاستجابات غير الصحيحة ، كما استخدم العقاب البدنى فى المدارس والسجون • وعلى الرغم من وجود مدافعين عن

العقاب البدني (Maurer, 1974) ، فقد كان هناك اتجاه نحو طرق غنية  
وأسماء أخرى (Kilgory, 1974) -

### الانطفاء Extinction

الانطفاء هو التخلص من السلوك الشاذ من خلال التقديم المتكرر  
للمنبه الشرطي دون المنبه غير الشرطي (Ullmann & Krasner, 1969)  
أو بشكل أكثر عذمية ، هو خفض تكرار حدوث السلوك من خلال  
وقف التدعيم (Woodworth & Schlosberg, 1955) . والمثال الشائع  
يتمثل في تجاهل سلوك الأطفال انذى يهدف الى جذب انتباه الآخرين  
لهم ، ومن المحتمل أن يكون الانطفاء صورة أكثر اعتدالا من صور  
العقاب .

### التعطيل Time out

يعد التعطيل — بعد الانطفاء — صورة أكثر اعتدالا من صور  
العقاب . والتعطيل هو إزالة الاستجابة المحتملة من الوصول الى مصادر  
التدعيم لفترة محدودة من الوقت (Leitenberg, 1965; Benott  
& Mayer, 1975) ويختلف التعطيل عن الانطفاء ، ففي الانطفاء يمنع  
التدعيم عن سلوك معين؛ أما في حالة التعطيل فيحرم الفرد تماما من كل  
تدعيم اما بنقله الى موقف غير مدعم أو بإبعاد كل مصادر التدعيم عن  
الموقف الحالي . وهو يعد احتمالا أكثر تنفيرا من الانطفاء (Benott &  
Mayer, 1975) . ويعد إرسال الوالد الطفل الى حجرتة لسوء تصرفه  
في موقف ذى نشاط اجتماعي يفقده الطفل ، مثلا شائعا للتعطيل .

### اشراط الهروب Escape conditioning

يشير اشراط الهروب الى تقديم منبه مكروه ، ويؤدي انهاء تقديم  
مثل هذا النوع من المنبه الى حدوث نوع من السلوك الاجرائي ، ولذلك

فهو يشبه التدعيم السلبي (Guthrie, 1935) • وقد وصف « بوند ، أيفانز » (Bond & Evans, 1967) استخدام اشراط الهروب في علاج الأثرية أو التميمية Fetishism للملابس الداخلية لدى اثنين من الرجال •

### أشراط التجنب Avoidance conditioning

اشراط التجنب هو الاجراء الذى لا ينهى المنبه المكروه ، بل ترجأ فيه الاستجابة له أو يتم تحاشيه • وهو يشبه الاحداث التجبريى للخوف المرضى ( انظر الفصل العاشر ) ، الا أن التركيز هنا قد يكون على الاستجابة السلوكية التى إن تحدث ، أكثر من التأكيد على القلق وسلوك التجنب الذى يحدث • وإن الاعتذار حتى يتجنب الفرد العقاب هو السلوك الذى يمكن أن يدوم عن طريق اشراط التجنب •

### العلاجات السلوكية : (٤) نظرية التعلم الاجتماعي

افترض « ميشيل » (Mischel, 1968, 1971, 1973) أنه توجد ثلاث طرق يمكن للأشخاص أن يتعلموا ( ولا يتعلموا ) من خلالها :  
الاشراط التقليدي ، الاشراط الاجرائى ، التعلم بالملاحظة  
observational learning أو الاقتداء modelling • وقد أقرت الطريقتان الأوليان بوساطة منظرى التعلم ، ولكن الطريقة الأخيرة تعد فكرة حديثة نسبياً ومثيرة للجدل ، وتوجد جذورها في عمل «باندورا» وزملائه •

والتعلم بالملاحظة يحمل في طياته القبول الضمنى للمفاهيم العقلية، مشيراً الى أنه إذا كان الناس غير واعين بما تم تدعيمه ، فإن احتمالات حدوث الاستجابة تكون ضئيلة الأثر • ويمثل أثرها في سلب دلالات الإنسان وجعله كإنسان آلى : تغير النتائج السلوك من خلال التفكير

الدخيل وعمليات التنعيم ، وتعمل كباعث للدافعية فضلا عن كونها موجهة  
ماكرا للتصرف ومتحكمة فيه (Bandura, 1975, P. 14) .

## الاقتداء

يشير الاقتداء الى التعلم الذى يحدث بعد مجرد ملاحظة شخص  
آخر يؤدي السلوك المراد تعقبه (Bandura, 1971) . ويمكن أن يكون  
النموذج اما شخصا حقيقيا (Bandura, Blanchard & Ritter, 1969)  
أو فيلما سينمائيا (Bandura, Ross & Ross, 1963) . ويوقف الاقتداء  
— كعملية تعلم — في تعارض واضح مع « التعلم عن طريق العمل » ،  
والذى يمثل جوهر « قانون المران » عند «ثورندايك» (Thorndike;  
1918) ..

والتعرض للنماذج يتضمن التعرض للسياق الذى يحدث فيه  
السلوك ، ولذلك لا يوصف السلوك فقط ، بل يوصف أيضا في علاقته  
بالموقف البيئي المرتبط به (Rimm & Masters, 1974) ويتمثل أثر أسلوب  
التعلم بالاقتداء في تبني كل من الأفعال المبتدئ بها ، والتغيرات المرتبطة  
بالاتجاه والاستجابة الانفعالية (Bandura, Blanchard & Ritter, 1969) .

ويقوم التعلم بالاقتداء في نطاق معين في العلاج الجمعي  
( انظر الفصل الثانى عشر ) . وقد طور بوصفه طريقة فنية خاصة  
يطلق عليها « التسميع السلوكى » Behavior Rehearsal (Learus, 1966)  
والاستخدام الأساسى له في التخلص من المخاوف  
المرضية ، ولكنه يستخدم أيضا في إدخال السلوكيات التكيفية الجديدة  
في مخزون المريض ، وفي تسهيل استخدام أنواع السلوك الموجود فعلا  
أو عدم كفه ، وكذلك في اطفاء الخوف الذى يؤدي الى كف أنواع معينة  
من السلوك (Rimm & Masters, 1974) .

## العلاجات السلوكية : (٥) نقد

ليس للعلاج السلوكي تعريف عام مقبول (Lazarus & Wilson, 1978) • ويعد العلاج السلوكي زدا فعل لأوجه القصور في العلاج النفسي بوجه عام ، وللتحليل التقليدي بوجه خاص ، وهو يمثل وضعاً سياسياً وأيديولوجياً بقدر ما هو نظرية علمية (London, 1972) • ولذلك فإن تقييم العلاجات السلوكية يتضمن وضع مكانتها النظرية في الاعتبار بالمقارنة إلى التحليل التقليدي ، وصدق نظريات التعلم التي تسعى إلى تطبيقها ، بالإضافة إلى مدى فاعليتها في علاج السلوك الشاذ •

### المكانة النظرية للعلاجات السلوكية بالمقارنة بالتحليل التقليدي

تختلف العلاجات السلوكية عن العلاجات النفسية — بادية ذي بدء — فيما يتعلق بتصورهما عن مفهوم المرض النفسي والإجراءات العلاجية العامة • وقد أدى التطور التالي في التعديل المعرفي للسلوك ( انظر الفصل ١٢ ) إلى إيضاح كيف أن الطرق السلوكية والمفاهيم النفسية غير مقصورة عليها ، وأن السلوكية تعد منهاجاً أكثر منها نظرية ، ولكن كثيراً من الخلافات القديمة مازالت مستمرة • وهي تركز على التعامل مع المريض ، وأهمية العلاقة بين المريض والمعالج ، وفاعلية العلاجات السلوكية مع الأنواع المعقدة من العصاب ، واستمرار الشفاء ، وابدال المرض symptom substitution ، وكذلك أهداف العلاج •

### التعامل مع المريض

يؤدي تركيز السلوكيين على الأحداث البيئية بوصفها أسباباً للسلوك ورفضهم للمفاهيم النفسية إلى نموذج للسلوك إلى (ميكانيكي) يعتمد على الحتمية • وتختصاً طبق هذا النموذج في الجلسات العلاجية أفضى إلى واجبات معينة متمثلة بالتعامل مع المريض ، وضبط سلوكه

والتحكم فيه ، وتجريد المريض من الصفات الانسانية (O'Leary & Wilson, 1975) • ويعد هذا النقد صادقا فقط في حالة المرضى من الأطفال أو من المتخلفين عقليا أو من الذهانيين • وعادة ما يلجأ المرضى العصاةيون وذوو الأعراض المحددة أو العادات النوعية بشكل ارادى للعلاج ، ويناقشون مشكلاتهم مع المعالج ، ويحددون الهدف الذى يقبلونه من العلاج بالاشتراك مع المعالج • وبناء على ذلك ، فعلى الرغم من أن الاجراء العلاجى المحدد يتم على أساس نموذج حتمى ، فإن العملية العلاجية الكاملة تحدث فى سياق يشيع فيه القبول الضمنى للمفاهيم النفسية وحرية الارادة •

### العلاقة بين المعالج والمريض

ان تأكيد المعالجين السلوكيين على الطريقة الفنية وعلى المنهج يقابله بوضوح تركيز المعالجين النفسيين على العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض • وقد افترض (Schofield, 1964) أن هذه العلاقة هى المتغير العلاجى الأساسى • وأوضح «وولبي» (Wolpe, 1962) أن هذه العلاقة يمكن أن تهمل ويظل العلاج السلوكى فعالا • ولكن ثمة اعتراف متزايد بأهمية العلاقة بين المعالج والمريض فى العلاجات السلوكية (DeVoge & Beck, 1978) .

### فاعلية العلاجات السلوكية مع الأنواع المعقدة من العصاب

يسلم مفهوم التحليل النفسى التقليدى للعصاب بوجود الصراع اللاشعورى الذى يعد السلوك الصريح مجرد عرض له • وقد ذهب أصحاب التحليل النفسى الى أن العلاجات السلوكية فعالة فقط مع أنواع السلوك الشاذة أو العادات غير السوية وليست فعالة مع الصراعات •

وقد كان هذا الجدل على درجة عالية من الصدق في الستينيات. أكثر منه في السبعينيات ، فكلما تطورت العلاجات السلوكية أصبحت تطبق بنجاح على العديد من المشكلات (Mahoney, Kassin & Lowring, 1974) . ومع ذلك ، ينظر المحللون النفسيون الى أى نجاح يحققه المعالجون السلوكيون مع الأنواع المعقدة من العصاب على أنه اما نجاح مؤقت ، أو نجاح خادع . ويثير النجاح المؤقت مشكلة دوام الشفاء واستمراره ، أما النجاح الخادع فيثير مشكلة ابدال العرض .

### دوام الشفاء

يمثل مدى استمرار آثار العلاج السيكياترى أحد المحكات المهمة لفاعلية هذا العلاج (Wolpe, 1964) . وهذا هو السؤال الواقعى العملى (الامبيريقى) الذى يكون من الصعب جدا الحصول على اجابة حاسمة له . وتتضمن الاجابة عن هذا السؤال الاحتفاظ بعلاقة مستمرة مع المرضى لمدة زمنية غير محددة بعد انتهاء العلاج ، ووضع بعض الفروق التحكمية بين حدوث نكسة ونشأة اضطراب جديد .

فاذا كسرت ساق المتحلق في الشتاء ، فانه من ثم سيقضى الربيع والصيف في فترة نقاهة ، ثم يعود الى المنحدرات في الشتاء التالى وتكسر ساقه مرة ثانية ، فيكون من الواضح أن هذا بمثابة كسر جديد ، وهنا لن يثار السؤال حول فاعلية العلاج . ولكن اذا نشأ لديه مرض نفسى أو عقلى بدلا من كسر ساقه ، كالإكتئاب مثلا ، ثم ظهرت نوبة ثانية من الاكتئاب ، فهنا سيثار السؤال حول الفاعلية العلاجية، سواء أكان ذلك بالنسبة لنوبة الاكتئاب — أى بالنسبة للمرض الدورى ، الذى يفترض أنه يشكل الأساس لتلك النوبات الاكتئابية — أم بالنسبة للشخصية المعرضة للمرض أو غير الملائمة (العاجزة) ، والتى يفترض أنها تجعل الفرد عرضة لنوبات الاكتئاب .



وقد اقترح «ايزنك» (Eysenck, 1960; 1964) أن الشخصيات المنطوية تتكون لديها الاستجابات الشرطية بسرعة أكثر من الشخصيات المنبسطة ، والتي ما ان تتكون فانه من الصعب إطفائها ولذلك يكون من المحتمل حدوث النكسات في حالات اضطرابات الطباع أو الخلق، وفي علاج الأثرية (الفيتيشية) ، والادمان الكحولى ، وادمان العقاقير ... الخ ، أكثر مما في حالة الاضطرابات العصابية . وقد اقترح أيضا (Eysenck, 1967b, 1975) أن الأسناس في هذه الفروق ليس هو الخبرة السابقة أو إجراءات الاشراف ، وإنما الجيلة والجانب الوراثى للمريض . وبناء على ذلك فان دوام الفاعلية ستكون تابعة للتدخل البيولوجى وليس للعلاج السلوكى .

### إبدال العرض

وفقا لتصور التحليل النفسى للعصاب ، يعد السلوك العريرع الشاذ حيلة دفاعية وعلامة أو عرضا لصراع كامن يفيد في حماية الفرد من أن يغمره القلق المرتبط بذلك الصراع . ولذلك يرى المحللون النفسيون أن ازالة العرض دون حل الصراع يؤدى فقط الى ظهور عرض آخر يقوم بعمل العرض الأول أو يحل محله (Yates, 1958b, 1962; Bookbinder, 1962)

ويرى «باندورا» (Bandura, 1969) أنه من المستحيل أن نتعامل مع هذا النقد حيث انه لا العرض البديل ولا الظروف التى يحدث في ظلها محددة عادة . وهناك أيضا عدد من المشكلات التعريفية ( المتصلة بالتعريف ) والمنهجية ( Cahoon, 1968) .

وهناك ظروف قد يستبدل فيها السلوك غير التكيفى بسلوك آخر . (Meyer & Crisp, 1966; Ullmann & Krasner, 1969, Wolpe, 1969; Balson, 1973) فالهدف الواضح للعلاج بالكف التبادلى لى

«وولفي» مثلاً ، هو استبدال الأعراض العصابية بأخرى ، أي بنمط استجابة مقبول • ولكن تسمية أى من السلوكين — بشكل صحيح — عرضاً Symptom يعتمد على تعريف المرض أو الاضطراب •

لقد فشل القدر الأكبر من الأدلة المنشورة في تأكيد فكرة ابدال العرض (Bandura, 1969, Wolpe, 1969; Lazarus, 1971) • ولكن افترض أن حجج المحللين النفسيين كانت في صالح فكرة ابدال العرض ، بسبب خبراتهم مع العصبيين الهستيريين ، على حين أن حجج المعالجين السلوكيين تقف ضد هذه الفكرة ، وذلك لأن خبراتهم مع المخاوف المرضية (Blanchard & Herson, 1976) • والواقع أن هذا الفرق في نوعية الاضطراب الذي يتعامل معه المعالجون المختلفون ، وكذلك الميل الزائد لدى المعالجين السلوكيين للبحث والنشر أكثر من غيرهم ، هو الذى جعل أغلبية ما ينشر من براهين تقف ضد ابدال العرض •

## اهداف العلاج

المشكلة المحيرة في النزاع بين المعالجين السلوكيين والمحللين النفسيين ، هي أنه نظراً لتصوراتهم المختلفة للمرض النفسى ، نجد لديهم أهدافاً علاجية مختلفة : ففى حين يحاول المحللون النفسيون تغيير الشخصية ، يحاول المعالجون السلوكيون تغيير السلوك •

وقد يمد جانبنا من هذا الخلاف ، خلافاً لفظياً صرفاً ، ففى الواقع نجد أن التحليل النفسى أسس على مبادئ التعلم مثله في ذلك مثل العلاجات السلوكية (White & Watt, 1973) • كما كانت هناك في الحقيقة محاولات لترجمة مفاهيم التحليل النفسى الى مصطلحات نظرية التعلم (Dollard & Miller, 1950; Bandura, 1961, Wolf, 1969) . ولكن الخلاف كان حول ابداع العرض ، والفاعلية النسبية لهذين

الأسلوبين العلاجيين في علاج الأنواع المعقدة من العصاب ، ويعكس ذلك أيضا مستويات مختلفة من المفاهيم والتصورات العقلية .

### صدق نظريات التعلم

تعد العلاجات السلوكية أكثر «علمية» من العلاجات النفسية التقليدية . ومن الناحية الفنية (التكنولوجية) تؤكد العلاجات السلوكية على التحليل الموضوعي لمشكلة المريض وضبط الموقف العلاجي ، فضلا عن تكميم البيانات . وعند هذا المستوى فإن العلاج السلوكي يعملن قرابته للمدرسة الأعرض في علم النفس وهي السلوكية .

وتستند دعاوى العلاج السلوكي باحترام العلمية ، الى حد ما ، على صدق نظريات التعلم التي يطبقونها وثباتها . ومع ذلك فقد لقي قليل من هذه النظريات قبولا عاما حتى من قبل منظري التعلم أنفسهم ، كما أن قيمتها خارج التجربة العملية البسيطة والمضبوطة تعد محل شك .

وقد افترض أن نظريات التعلم المستخدمة بوساطة الممارسين السلوكيين والقائمين على تعديل السلوك غير قادرة على تفسير نتائج دراسات التعلم (Bregar & McGaugh, 1965; Brewer; 1974) ونجد أن «رازران» (Razran, 1935) ، و «وودورث» (Woodworth, 1938) ، «أسجود» (Osgood, 1953) يؤكدون جميعا — قبل ظهور التعديل المعرفي للسلوك بزمان طويل — على الحاجة الى عمليات بسيطة بين المنبه والاستجابة لتعويض الجوانب غير الملائمة في الاشراف البسيط (Bandura, 1974; Beck, 1976) ، ثم انظر الى رد « وولبي » (Wolpe, 1978) .

إن السلوك الانساني ظاهرة معقدة جدا ، والمنهج العلمي الذي تتقبله السلوكيون يتطلب تحليل مثل هذا السلوك أو تقسيمه الى الأجزاء

المكونة له ، حيث يمكن أن تدرس هذه الأجزاء عندئذ تحت الظروف التجريبية المضبوطة في المعمل . وتعتبر نتائج مثل هذه التجارب عندئذ أساسا للتعميمات فيما يتعلق بالسلوك خارج المعمل . ولكن حدود هذا الاجراء جوهريّة ذات دلالة (Bakan, 1965, Chapanis, 1967, Orono, 1968).

ويجب أن يقتصر التعميم ، على أي حال ، على مستوى التعميد الذي اختير للبحث ، فمثلا ، تعد القوانين التي صيغت بوساطة «ابنجهاوز» (Ebbinghaus, 1885) صادقة فقط بالنسبة لتعلم المقاطع الصماء ، ومع ذلك فقد قبلت هذه القوانين بوصفها تفسيرات لتعلم كل المواد ، بالرغم من أن ذلك مناقض للخبرات الشخصية .

ويبرهن المعالجون السلوكيون على أن المريض النفسي إما أنه يجب أن يتعلم السلوك التكيفي ، أو أنه يجب ألا يتعلم السلوك غير التكيفي ، إلا أن «توماس ساس» Thomas Sassa يتحدث لصالح المرضى النفسيين لكونهم أشخاصا يواجهون مشكلات في الحياة . وهناك فرق مهم بين التعلم — وبخاصة من نوع التعلم لدى «ابنجهاوز» — وبين حل المشكلات .

ويسر التعلم من النوع الذي درسه «ابنجهاوز» عن طريق التكرار المستمر الذي يمتد لفترة زمنية ، ومن ثم لا يتراكم فيها التعب . وهو يتلاشى أيضا بمعدل يمكن التنبؤ به . ومن ناحية أخرى ، يسر حل المشكلات بوساطة الجهد المركز أكثر من التدريب الموزع ، وعندما تملأ المشكلة تكون من الصعب نسيانها (Arnold, 1961; PP.3-4) . وقد أهمل الفرق بين الفهم والتعلم الأصم وأصبح غامضا في كثير من نظريات التعلم الأكاديمي .

والتعميم من جمهور من المفوضين الى جمهور آخر يجب أن يؤخذ أيضا بعين الاعتبار ( انظر على سبيل المثال : Carlsan, 1971 )  
فكل نظريات التعلم التي تبناها المالبجون السلوكيون قد طورت من خلال نتائج التجارب العملية ، وأجرى معظمها على الكلاب (Pavlov, 1927) ونتائج القطط (Guthrie 1935) ، والفئران (Hull, 1943) والحمام (Skinner; 1938) والأطفال (Skinner, 1954) أو طلاب الجامعات (Thorndike, 1898) فإذا كانت نتائج التعميم عبر المواقف ، من تعلم المقاطع السماء في العمل الى حل المشكلات الاجتماعية بين الأشخاص في العالم الخارجى ، موضع شك ، فان التعميمات عبر الأنواع يكون مشكوكا فيها أكثر .

وقد أدت محاولات المالبجين السلوكيين لتبني المنهج التجريبي العملي في دراسة السلوك الاجتماعي وما بين الأشخاص الى استخدام لغة السلوكية للإشارة الى مفاهيم مختلفة الى حد ما . فهم يستخدمون ، مثلا ، مصطلحي «المنبه» و «الاستجابة» ، ولكنهم يستخدمونهما لوصف الأحداث وأنواع السلوك التي تعد مجازية بالنسبة للاستخدام التقليدي لهذه المصطلحات في علم النفس .

وقد تعرض للنقد أيضا تأكيد المالبجين السلوكيين على «التدعيم» و « الادارة الاحتمالية » - فإذا كان لمفهوم التدعيم أى معنى مفيد ، فيجب أن يعرف الدعم بشكل مستقل عن السلوك الذى يدعمه . وتلك المشكلة تجادل حولها منظرو التعلم بالتفصيل .

ويتمثل الحل الشائع لهذه المشكلة في أن نثبت أن المدعم سيدعم السلوك في المواقف المختلفة ، ولكن ، كما أشار «بريجر» و «ماك جوف» (Bregor & McLaugh, 1965, P.347) : لا تختلف المدعمات من فرد

الى فرد ، ومن نوع الى نوع ، ومن موقف الى موقف ، ومن وقت الى وقت ( فالقول بأن « لحم رجل ما هو الا سم رجل آخر » قول مبتذل ولكنه حقيقة ) . وفضلا عن ذلك فقد اقترح «بريماك» (Premack; 1965;1971) أنه سواء أعملت الاستجابة كمدعم ، سلبى أم ايجابى ، فانها ستعتمد على السياق العام للاستجابات والتي تحدث فيه . ويختلف هذا المفهوم النسبى للتدعيم اختلافا جوهريا عن المفهوم المطلق المتضمن فى كثير من النظريات السلوكية ( Danaher, 1974) .

وعلى ضوء هذه الانتقادات فمن الصعب أن نخلف مع « لوك » (Lock, 1971) عندما أعلن أن أساليب العلاجات السلوكية لا تتسق مع المقدمات الأساسية للسلوكية .

#### فاعلية العلاجات السلوكية

أورد عدد من الدعاوى التى تؤيد فاعلية العلاجات السلوكية أكثر من العلاجات النفسية التقليدية (Eysenck, 1960; Wolpe, 1960) وبوجه عام ، تعد العلاجات السلوكية أكثر نجاحا فى علاج الاضطرابات العصبية التى تتضمن سلوكا شاذا محددا ، مثل : التشنجات المهنية occupational cramps والتهمة stuttering والخلجات ties ... الخ . ولم تكن النتائج جيدة بالنسبة لاضطرابات الطباع أو الخلق ، وهناك عدد قليل من التقارير عن الذهانيين الذين شفوا نتيجة لتعديل السلوك (Grossberg, 1964) .

وربما كان أعظم اسهام قدمه العلاج السلوكى الى علم النفس المرضى هو تأكيده على المنهج العلمى والحاجة الى البيانات الموضوعية التى توضع الصبغات النظرية على أساسها (Goldstein, 1973) .  
لكن « بريجر ، مك جوف » (Bregier & McGaugh, 1965) قاما بمسح لكل الدراسات المنشورة فى مجلتيين كبيرتين خلال أوائل الستينيات ،

فوجدنا أن جميع الدراسات - باستثناء دراسة واحدة - كانت «دراسات حالة» *case studies* ، وبالنسبة للدراسة المستثناة ، فعلى الرغم من أنها كانت دراسة مضبوطة فإنها أجريت على طلاب جامعة أسوياء وليس على مرضى سيكياتريين . لم يقدّم الدليل - إذن - على فاعلية العلاج السلوكي أكثر من العلاجات النفسية التقليدية ، ويؤيد ذلك الدراسات العلمية التي أجراها المعالجون السلوكيون أنفسهم .

### العلاجات الاجتماعية الحضارية

تمثل العلاجات الاجتماعية الحضارية *sociocultural therapies* محاولات لعلاج السلوك الشاذ إما عن طريق التحكم في البيئة الاجتماعية للمريض ، أو بوساطة تعديل تلك المظاهر أو التخلص منها أو تقليلها ، تلك المظاهر التي تعد مرضية . وتركيز هذه العلاجات على الفرد ليس كبيراً بقدر ما ينصب على الاطار الاجتماعي الذي يعيش الفرد داخله . وتتضمن تلك العلاجات : العلاج الأسري ، الفحص الاجتماعي للحالة ، الطب النفسي للمجتمع .

### العلاج الأسري *Family Therapy*

يفترض العلاج الأسري أن الشخص المضطرب هو بمثابة عرض لوضع الأسرة المضطرب ، ويوجه هذا العلاج اهتمامه إلى التفاعلات بين الأشخاص والتواصل بين أعضاء الأسرة . وليس في هذا العلاج مجموعة مقبولة بوجه عام من الاجزاءات . ولكن يحتمل أن يكون أكثر هذه الاجراءات شيوعاً : العلاج المشترك *Conjoint Therapy* للأسرة ، (Satir, 1964 Ackerman, 1966) الذي يلتقي فيه المعالج بالأسرة كاملة . ويمارس أيضاً العلاج الأسري المتزامن *concurrent* الذي يرى فيه المعالج أعضاء الأسرة بشكل فردي ، والعلاج الأسري التعاوني

Collaborative Family therapy الذى يرى فيه أعضاء الأسرة بشكل فردى بوساطة معالجين مختلفين ، حيث يقارنون التقدم والنتائج .

ويميل معظم المعالجين اما الى اتباع التوجه التحليلى النفسى أو التوجه القائل بالذاتية ، ولكنهم يعملون مع أعضاء الأسرة المتكيفين بشكل واضح لكى يعالجوا العضو غير المتكيف بوضوح . ويمسدون النسق الاجتماعى للأسرة الانحراف الأولى الذى يشكل بؤرة اهتمامهم الأساسى .

### العمل مع الحالات الفردية Social case work

يعرف العمل مع الحالات الفردية على أنه « العملية المستخدمة بوساطة وكالات ( أو أقسام ) معينة لرعاية الإنسان ، لمساعدة الأفراد فى التغلب على مشكلاتهم فى الأداء الاجتماعى بشكل أكثر فاعلية » .  
Perlmán, 1957 P.4 . وهو أيضا عملية حل المشكلات بطريقة عملية (برجماتية) . والخطوة الأولى فى اتخاذ الإجراءات التى تساعد على حل المشكلات ، هى أن تحدد أسباب عدم قدرة الفرد على حل مشكلاته الخاصة . والسبعان الأوليان ، من بين ستة أسباب حددت بوساطة « بيرلمان » (Perlmán; 1957) ، هما : عدم توافر الموارد الضرورية ، والافتقار الى المعرفة بالموارد المتاحة .

### الطب النفسى للمجتمع Community Psychiatry

مر علاج المرض النفسى بثلاث ثورات (Hobbs, 1964) ، وقد كان المرض النفسى والعقلى مرتبطا فى البداية بإدراك المجتمع للمشغول المعرفى ورفضه ، مثل : السلوك غير العاقل ، الهلوس ، التوهيمات ... الخ . وفسر المرض النفسى وعولج فى إطار السياق الدينى . وقد حدثت الثورة الأولى عندما أخرج المرض النفسى والعقلى من ذلك السياق ،



ونظر اليه بوصفه ظاهرة بيولوجية ، أى أنه مرض مثله في ذلك مثل أى مرض آخر ، وبذلك استحوذ على انتباه التخصصات الطبية . وارتبطت الثورة الثانية « بسيجموند فرويد » ، وقد تميزت بانتقال المرض النفسى من المجال البيولوجى الى علم النفس ، واتساع تعريف المرض النفسى والعقل ليشمل الوجدان والاضطرابات الوجدانية ، وقبول التعريف الذاتى للمرض . وتضمنت الثورة الثالثة تصور المرض النفسى بوصفه عرضا للاضطرابات الاجتماعية ، وذلك من خلال اتساع تعريف المرض النفسى ليشمل الاستعداد للمرض .

وبالرغم من ذلك كانت هناك اشارات لاعادة الدورة كاملة ، ورجوع المرض النفسى الى السياق الدينى في أواخر الستينيات مع التركيز على المسؤولية والتكامل الشخصى في العلاج الواقعى والتكامل . وأسهم الطب النفسى التقويى Orthomolecular Psychiatry الى رجوعه الى المجال البيولوجى خلال السبعينيات . وقد سيطر المنحى الاجتماعى الحضارى على الاتجاه السائد في ممارسة الطب النفسى خلال الستينيات والسبعينيات .

وقد ارتبطت الثورة الثالثة على نحو نموذجى باللقب التصغيرى الذى يوضع في المقدمة ، ألا وهو «المجتمع» ، كما في الطب النفسى للمجتمع أو الصحة النفسية للمجتمع (Golann & Eisdorfer, 1972; Denner & Price; 1973; Bellak, 1974) وهو منحى للعلاج ازدهر عندما كانت « ديمقراطية المشاركة » شعار التقدميين في كل أنحاء المجتمع الغربى . وعلى أى حال ، فمن الصعب تعريفه بدقة حيث انه يضم عددا من الحركات المختلفة (Dunham, 1965; Hume, 1974) وقد وصف « سميث ، هوبز » (Smith & Hobbs, 1966) أهدافه كالتالى : تجنب تمزيق أنماط المعيشة الطبيعية بعلاج الناس في مجتمعهم المنزلى ، وجعل المدى الكامل من الموارد متاحا بسهولة لأولئك الذين يحتاجونه ،

وتشجيع الكشف المبكر عن الأمراض وعلاجها ، وتقوية موارد المجتمع وبذلك تسهل الوقاية •

ويعد الطب النفسى للمجتمع رد فعل للرعاية الصحية المركزية والمعتمدة على المؤسسات بفاعليتها المحدودة في علاج الذهانيين الحقيقيين (Royal Commission, 1957; Dunham, 1965) كما يعد رد فعل أيضا لعدم المساواة الاجتماعية في نظام الرعاية الصحية ، حيث يتلقى العصاةيون الأثرياء نسبيا والمتعلمون تعليما جيدا اهتماما أكثر من الذهانيين ذوي المكانة الاجتماعية الهامشية والكفاءة المحدودة (Hollingshead & Redlich; 1958; Smith & Hobbs; 1966) .

ويشير جانب كبير من أيديولوجية الطب النفسى للمجتمع إلى اهتمامه بالنهج أكثر من النظرية ، ويتضح ذلك من السياق العام للبناء الاجتماعى المتغير والآراء المتغيرة حول دور الأفراد داخل هذا البناء (Bennett, 1978) وقد قدم « بلوم (Bloom, 1973) قائمة بتسع خصائص لحركة الصحة النفسية للمجتمع ، احداها فقط « تحديد مصادر المشقة أو الانعصاب stress في المجتمع وليس داخل الفرد المريض » هى التى أشارت الى مفهوم المرض النفسى والعقلى •

ويتلخص تصوره الأساسى للمرض النفسى على أنه شبيه باضطراب اجتماعى ينشأ من انهيار أنساق الدعم الاجتماعى الطبيعية ويسهم فيها ، وليس على أنه محنة ذاتية أو ألم وضيق يصيب الفرد • ويؤدى هذا التصور للمرض النفسى إلى تسهيل الأداء فى المجتمع وأجهزته الاجتماعية : إذ ينظر إلى المجتمع على أنه أكثر من « مستجمع الأفكار أو الأرض التى تجرى فيها مياه الأمطار إلى نهر » ، حيث يستمد الطبيب النفسى من هذا المجتمع مرضاه ، فهذا المجتمع هو المريض ذاته •

وقد استبدل الطب النفسي للمجتمع — في سبيل بلوغه أهدافه —  
 بالنموذج الاكلينيكي clinical model للرعاية الصحية نموذج الصحة  
 العامة public health . فهو لا يكرس فقط للعلاج الملائم لكل فرد ،  
 بصرف النظر عن الثراء والوضع الاجتماعي ، ولكنه أيضا يشجع الكشف  
 المبكر Early detection ، أى العلاج الوقائى والوقاية الأولية  
 (Hobbs, 1964; de la Torre, 1973) مع التركيز المصاحب على الأطفال  
 والمرحلة الارتقائية (Smith & Hobbs, 1966) .

ويقدم «كابلان» (Caplan; 1964) تمييزا بين الوقاية من الدرجة  
 الأولى والوقاية من الدرجة الثانية ، والوقاية من الدرجة الثالثة .  
 وتمثل الوقاية من الدرجة الأولى ايجاد البيئة التى تمنع نمو السلوك  
 الشاذ ، فى حين تمثل الوقاية من الدرجة الثانية علاج الأفراد الذين  
 يكونون عرضة لتطور السلوك الشاذ . وتمثل الوقاية من الدرجة  
 الثالثة علاج السلوك الشاذ ذاته .

وهناك أيضا تركيز على استبقاء المرضى النفسانيين فى بيئتهم  
 المنزلية وعلاجهم فيها ، وذلك لتقليل المشكلات الثانوية ، أو الآثار  
 الجانبية المعاكسة والتى يمكن أن تنشأ عن تمزيق الأسرة وعلاقات العقل  
 (Hume, 1974) .

وتتمثل النتيجة النهائية فى اتساع مفهوم المرض النفسى والعقلي  
 من خلال اعادة تعريفه على أنه « الفشل فى التغلب على المشكلات » .  
 ويتضمن المرض النفسى والعقلي — بالنسبة للطبيب النفسى فى المجتمع —  
 كل أشكال السلوك المنحرف اجتماعيا ، كالمدمنين ، ومتعاطى الكحوليات ،  
 والمسننين ، والجانحين ، والمتأخرين عقليا (Smith & Hobbs, 1966)  
 بالإضافة الى « مشكلات المعيشة » (Dunham, 1965) كما يندرج من  
 لحيه استبعاد للمرض النفسى ، وكذلك المريض النفسى فى الوقت الحاضر .

تحت فئة أولئك الذين يعدون في حاجة للعلاج السيكياتري ، وان يكن العلاج وقائيا . ( ويمكن أن يكون الفرد « مريضا نفسيا مرتقبا أى على سبيل الاحتمال » استنادا الى استعداداته البيولوجية/السيكولوجية، أو طريقة حياته والبيئة التى يعيش فيها . وتعد الأخيرة هى الأساس النظرى الذى يتجه نحوه الطب النفسى للمجتمع ، الا أنه من ناحية الممارسة فليس هناك تمييز بينهما ) .

ويقصد باتساع مفهوم المرض النفسى والعقلى هذا ، أن الطب النفسى للمجتمع يتضمن خدمات لا تعد — فى العادة — خدمات للصحة النفسية : كالتهليم ، والصناعة ، والتدين ، والرفاهية ، والشرطة ، والمحاكم ، وأصلاحيات الأحداث ، وحتى الترفيه ، والتواصل ، والعمارة ، وتخطيط المدينة (Hobbs, 1964) . ويعنى ذلك بدوره عدم توافر عدد كاف من تخصصات الصحة النفسية — من أطباء وأخصائيين نفسيين، وأخصائيين اجتماعيين ، ومرمضات سيكياتريات — الخ — لتعالج بشكل ملائم الأفراد الذين يعدون الآن فى حاجة لمثل هذا العلاج . وبناءً على ذلك ظهرت محاولات لاعادة تعريف دور الطبيب النفسى وجعله مستشارا لمؤسسات المجتمع أكثر من كونه معالجا شخصيا ، ومشرفا على أفراد « مختارين بعناية ولكن ذوى تدريب محدود » (Hobbs, 1964) يطلق عليهم تسمية « أفراد يؤدون المهنة من خارج التخصص » paraprofessional .

وفيما يتعلق بتقديم الخدمات للأطفال تم الاعتراف بأنه لا يوجد دليل على أن التدخل المبكر فى مشكلات الأطفال يقلل من امكانية حدوث المرض النفسى عند الرشد ، ولكنه اعتبر فرضا معقولا . وبما أن مشكلات الأطفال لم تلق اهتماما كبيرا فى ذلك الوقت ، فانه من المعقول تخصيص ٥٠٪ من موارد الصحة النفسية لصالحهم (Smith&Hobbs, 1966) .

ففى الولايات المتحدة قدمت المساعدة لمحركة الصحة النفسية للمجتمع من خلال سن القوانين التى ساعدت على التأسيس الشامل لمراكز الصحة النفسية (US Congress, 1963; 1965, 1967, 1970). ولكى تحصل هذه المراكز على الاعتماد المالى ، كان عليها اعداد نظام شامل للخدمات بدءا من الرعاية المباشرة للمريض ، خلال الاستشارة المجتمعية ، الى التدريب والبحث .

لقد اضطرت المراكز - مبدئيا - الى تقديم خمس خدمات أساسية وخمس خدمات اضافية روعى أن تكون مرغوبة . وقد تمثلت الخدمات الأساسية فى : رعاية المريض المقيم فى المستشفى ، ورعاية المريض المتردد على العيادات الخارجية ، وكذلك الإقامة الجزئية فى صورة مستشفى نهارية للمرضى القادرين على العودة الى منازلهم فى مساء كل يوم وفى الأجازات الأسبوعية . ومستشفى ليلية لأولئك الذين يقدررون على العمل وفى حاجة الى دعم مهنى أو ترميمات معيشية مناسبة ، وأربع وعشرون ساعة خدمة يوميا للطوارئ ، وخدمات استشارية وتربوية . وتمثلت الخدمات الاضافية فى : التشخيص ، التأهيل الاجتماعى والمهنى ، العناية القبلية والمعدية للمريض ، تدريب جميع فئات المتخصصين فى الصحة النفسية ، البحث ، التقييم .

وفى عام ١٩٧٥ طلبت مراكز الصحة النفسية تعديلا تشريعيا لاضافة خدمة الفرز التشخيصى Diagnostic screening للأفراد المتعدين للقبول فى الخدمات العامة للمرضى المقيمين ، وخدمات المتابعة للمرضى النفسيين والعقليين الذين خرجوا من المستشفى ، والخدمات الصحية المتخصصة للأطفال والمسنين ، والعلاج الوقائى ، وخدمات التأهيل لمعنى الكماليات والعقائير الأخرى فى مناطق معينة .

وقد ظهرت تطورات مشابهة في بريطانيا العظمى (Hill, 1969; Department of Health and Social Security, 1971) ولكن بفهم واضح الأهمية دور العمل الاجتماعي (Brothwood; 1973 , Department of Health and Social Security, 1975).

### نقد حركة الصحة النفسية للمجتمع

لم يفهم العلاج السيكياترى للمجتمع بشكل جيد (Bennett, 1978) وقد تعرض منذ البداية لنقد شديد ، ويرتبط هذا النقد بتعريفه وأهدافه ومناهجه .

والدعوى القائلة : بأن الطب النفسى للمجتمع هو فرع متخصص من المعرفة يختلف عن فروع الطب النفسى الأخرى ، هى دعوى تستند على رفضه للنموذج الطبى وعلاج الفرد لصالح نموذج الصحة العامة وعلاج البيئة الاجتماعية . ولكن منطق الانتقال من علاج الفرد الى علاج المجتمع أمر معترض عليه . فمن الصعب أن نبرر علاج الناس جملة فى الوقت الذى يحيط الشك بمدى فاعلية علاج الفرد ( انظر أيضا الفصل (١٤) (Dunham, 1965; Wing & Halley, 1972) . وفضلاً عن ذلك ، اذا كان الطبيب النفسى يعتقد أنه يمكنه أن ينظم المجتمع ويساعده على احداث الصحة النفسية ، فانه يجب أن يسعى كى ينتخب فى منصب عام (Dunham, 1965) ، وهو فى هذه الحالة يعمل كسياسى وليس كطبيب نفسى .

وبافتراض أن البيئة يمكن أن تعالج بشكل فعال ، فان المشكلة تبعد عن اختصاص الأطباء النفسيين ، بوصفهم أطباء نفسيين ، فى أن يضلّموا بها . فمن المعروف أن التدريب التقليدى للأطباء النفسيين لا يؤهلهم لممارسة الطب النفسى للمجتمع (Kubie, 1964) ، وأنه فى

الواقع » لم يدرس أحد منهم فرع الصحة النفسية من هذه الزاوية  
حقيقية « (Smith & Hobbs, 1966) . وانه من المحتمل أن الاختصاصي  
الاجتماعي هو الذي يكون معدا اعدادا جيدا لمسئوليات الصحة النفسية  
للمجتمع (Hobbs, 1964) ، ولكن الطبيب النفسي هو الذي يوجه عادة  
تسهيلات الصحة النفسية للمجتمع ، وقد اعتبر هذا « الحل هو الأفضل  
غالبا » (Smith & Hobbs, 1966) .

والفكرة العامة بأن العلاج يجب أن يتم في المجتمع فكرة معترضة  
عليها ، فعلاج المريض في مجتمعه المنزلي معناه أننا نعالجه في المجتمع  
الذي نما فيه اضطرابه . وأن العلاقات «السوية» التي يحاول الطب  
النفسى للمجتمع أن يحتفظ بها قد لا تكون «سوية» ، فكما تسأل «كوبى»  
(Kubie, 1968, P. 282) : « هل من الحكمة أن نبدأ علاج مريض  
الملاريا في مستنقع الملاريا الذي أصابه بعدوى المرض؟ »

كما تعد دوافع الأطباء النفسيين للمجتمع محل شك ، حيث أشار  
«كوبى» (Kubie, 1963, 1962) الى أهمية عمل الطبيب بشكل مكثف مع  
عدد قليل من المرضى لمدة طويلة جدا من الزمن . وهذه — كما اقترح  
«كوبى» — هي الطريقة الوحيدة حقيقية لفهم طبيعة مشكلات المرض  
النفسى . ولكن مثل هذا الاندماج مع المرضى يمثل خبرة عصيبة ومجهدّة  
انفعاليا للطبيب . وبناء على ذلك قام بعض الأطباء النفسيين بالالتحاق  
بحركة الصحة النفسية للمجتمع كي يهربوا من هذا الانعصاب والاجهاد:  
وذلك من خلال النظر الى المرض النفسى العقلى على أنه ناتج عن قوى  
اجتماعية أكثر من كونه تفاعلا للقوى النفسية الداخلية ، وبذلك يرون  
مرضاهم من مسافة آمنة انفعاليا (Kubie, 1968) .

وأيا ما كانت الأسباب والمبررات ، فإن الاحتفاظ بالبناء الاكلرى  
ذاته في مراكز الصحة النفسية للمجتمع قد جلب معه خطر انتحال

المعدات الريفية القديمة الى عادات المدنية الجديدة (Smith & Hobbs;

Apte, 1967; مع أن غياب الأعراض الخطيرة بين المرضى  
المعالجين يرتبط بروح ديمقراطية المشاركة لاتاحة الفرصة لكل شخص،  
وليس الطبيب النفسى فقط ، لكى يقوم بالعلاج النفسى (Coles, 1974) .

وقد كان نجاح هذا المنحى محدودا (Oldham, 1969; Hawks;  
1975) ، حيث يعد « العلاج بالكلام » ضئيل القيمة بالنسبة للأفراد  
الذين يقودهم مستواهم التعليمى ووضعهم الاجتماعى الى تقدير  
الأفعال حق قدرها أكثر من الكلمات . اذ يفضلون التعامل مع مشكلاتهم  
المعيشية أكثر من خيالاتهم (Smith & Hobbs, 1966) فالناس الذين  
وصلتهم الخدمة مالوا الى عدم فهمها أو لم يرغبوها .

فاذا كان لابد أن يصبح للطب النفسى للمجتمع وحدة متميزة فانه  
يجب أن يبنى على أساس الملاحظات والنظريات الاجتماعية الحضارية  
والنظر الى العوامل الاجتماعية بوصفها محددا للمرض النفسى والعقلى  
(Bennett, 1978) . ولكن الاستمرار فى ممارسة العلاج النفسى ،  
ولو تحت اسم الارشاد النفسى Counseling أو التدخل لتسوية الأزمة  
Crisis intervention ، قد أدى الى فشل الطب النفسى للمجتمع فى  
التعامل مع المحددات البيئية الأساسية للمرض النفسى والعقلى . ( انظر  
الفصل الثامن ) .

وثمة اهتمام معنى ضئيل — للطب النفسى للمجتمع — حول كيفية  
علاج جشع الطبقة الاجتماعية الحقيقية ، والتحكم فى التطور المذنب  
الذى يؤدى الى ازدياد الكثافة السكانية « وتدنيس الصحة العامة  
بسمعة سيئة أكثر مما يكون فى حالة صب بكتير التيفود فى مصدر الماء  
الذى يذى المدينة » (Kubie, 1968, P.258) . وعندما يتم التعرف



الى المشكلة الأساسية بشكل صحيح ، فغالبا ما يكون العلاج غير ملائم .

وقد انتقدت « كول وود » (Callwood, 1975) منحى الصحة النفسية للمجتمع في التعامل مع المشكلات الاجتماعية ، وبخاصة التدخل لتسوية الأزمة ، على أساس أنه يقسم بالسطحية ، فهم لا يهتمون بحل المشكلة من جذورها ، بل ينصب اهتمامهم على عدم ظهور المشكلة بشكل ملحوظ في المجتمع .

وتعتقد « كول وود » ، مثلها في ذلك مثل كثير من الأطباء النفسيين للمجتمع — أن السبب الأساسي والأول للمرض النفسى وللعقل هو الفقر . وبالاتساق مع فكرة أن العلاج لابد أن يصمم للتخلص من الأسباب الأولية ، فقد أقامت « كول وود » شبا بين علاج المشكلات الاجتماعية عن طريق الطب النفسى للمجتمع وبين انقاذ أشخاص في منجم انهار مدخله ، أى تناظرا وتشابها بين المحاولات التى تستخدم لانقاذ الناس الذين وقعوا في قاع المنجم . فعندما يقع الرجال في الفخ أى في قاع المنجم ، فلن يطرد اخصائى الرعاية ، أو يساعدهم المعالج الجمعى في الاقتلاع عن مشاعرهم ، أو يساعد الطبيب النفسى أولئك الأشخاص من ذوى التوهيمات الاضطهادية ، أو خبير الترفيه للماء وقت فراغهم ، ومفتش الحرائق ومفتش الصحة ومفتش الاسكان للاعتراض على المعدلات الموجودة في قاع المنجم ، وينصحون بتغييرها ، ومفتش جمعية الرفق بالحيوان ليرى ما اذا كان قد أسىء استخدام أى حيوان ، ومطالب يقوم بمسح ، وستة شبان مسجلون على منصة حكومية لعرض الدمى المتحركة ، ومرشد التوجيه لمناقشة أهدافهم . فالتنحى هنا يعد مباشرا تماما : لقد نقلوا بعيدا عن مدخل المنجم .

وعلى أى حال ، تقابل حجة « كول وود » بالنسبة ليزيد من العمل الاجتماعي المباشر بادعاء أن الطب النفسي للمجتمع يستخدم للانتقال بمجتمع أمريكا الشمالية نحو حالة الرفاهية (Dunham, 1965) .

### ملخص واستنتاجات

تقوم كل من العلاجات السلوكية والاجتماعية الحضارية على افتراض أن السبب الأول للمرض النفسي يكمن خارج الفرد ، وداخل بيئته . وكلاهما يقدم من خلال مؤيديه على أنه بحيل للتصور السيكولوجي أو الذاتي للمرض النفسي والعقلي . ولكن ، عند الممارسة ، لا يكون قادرا على أن يفصل نفسه كلية عن ذلك التصور .

وللعلاجات السلوكية قيمتها الأساسية في ادخال أنواع معينة من السلوك أو التخلص منها . على حين يبدو أن العلاجات الاجتماعية الحضارية مساعدة — في المقام الأول — للعلاجات البيولوجية والسيكولوجية ذات القيمة الخاصة في التأهيل والسيطرة على اضطرابات الشخصية ، فضلا عن علاج الأمراض الذهانية والعصبية .

## الفصل الرابع عشر

### تقييم فاعلية العلاجات السيكياترية

نواجه مرة أخرى المشكلات ووجهات النظر المتضاربة التي تخيط بتعريف المرض النفسى وقياسه ، وذلك حينما نتصدى لتعريف العلاج الناجح وقياسه ، وذلك يشكل الاهتمام بفاعلية العلاجات السيكياترية تكرارا واعادة للنظر فى المسائل الأساسية فى علم النفس المرضى : حيث انه بقدر ما يظهر من برهان لعلم النفس المرضى فى نجاح العلاج ، فانه يسمح لتلك الموضوعات أن تثار معا ، كما يسمح أيضا بوضع نهاية للموضوع ككل .

وهناك شك كبير يسود بين غير المعالجين حول فاعلية العلاجات السيكياترية ، فالفشل فى علاج الملك جورج الثالث ، ملك بريطانيا وقت الثورة الأمريكية (\*) ، قاد أحد الأطباء وقتها ، وهو « ويليام بلاك » Black الى فحص سجلات الأفراد الذين اعتبروا مجانين insane وكان لاستنتاجه مغزى ثابت ، اذ وجد أن ثلث هؤلاء المرضى استعادوا صحتهم النفسية تماما ، والثلث استعادوا صحتهم بدرجة بسيطة ، والثلث الباقي لم يتحسن على الاطلاق (Macaipine & Hunter, 1969) ومنذ ذلك الوقت تعددت التقارير عن العلاجات السيكياترية والتي بينت أنها فعالة للثلثين فقط من المرضى الذين تلقوها .

وفى عام ١٩٣٥ أجرى « مونيز ، ليما » أول عملية جراحية فى جانبى مقدم الفص الجبهى . وفى العام التالى قرر «مونيز» (Monte) 1936 انه بالنسبة لأول عشرين من مرضاه ، شفى ثلثهم ، وتحسن

---

(\*) عصر الملك جورج الثالث ( ١٧٦٠ - ١٨٢٠ ) نشوب الثورة الأمريكية (١٧٧٥ - ١٧٨٣ ) (المراجع) .

ثلثهم ، ولم يتحسن الثلث الأخير ، وقد لخص « فريمان ، واتس » (Freeman & Watts, 1942) نتائجهم العامة بالنسبة لمجموعة من ثمانين مريضا بقولهم : « في رأينا أن ٦٣٪ من الحالات قد تحسنت على نحو مقبول » (ص ٢٨٧) . وقام « زيغلر » (Zeigler, 1943) بمسح لنتائج (٦١٨) حالة جراحة فصية ، وذكر أن ٦٦٫٢٪ قد حققوا تحسنا ملحوظا أو شفاء اجتماعيا .

وقد أوردت نتائج مشابهة بالنسبة للعلاج بغيوبة الانسولين ، حيث أظهر من ٦٠ - ٧٠٪ من المرضى الفصامين الشفاء الفوري أو التحسن (Staudt & Zubin, 1957) .

وفي دراسة عن فاعلية العلاج بالصدمات الكهربائية ، وجد « كالينوسكى ، ورثنج » (Kalnowsky & Worthing, 1943) أنه في حالة المرضى الذين استمر المرض لديهم أقل من ستة أشهر ، تحسن ٦٧٪ من المرضى ، بينما لوحظ أن معدلات الشفاء أقل بالنسبة للمرضى الذين استمر المرض لديهم فترة أطول .

وقد نشر « أيزنك » (Eysenck, 1952) خلاصة وافية لنتائج العلاج النفسى مع الزائدين ، تضمنت تقارير من أربع وعشرين مصدرا مستمدا من أكثر من ثمانية آلاف حالة ، عولجت بمختلف طرق العلاج النفسى . فكان متوسط النسبة المئوية للحالات التى قرر أنها تحسنت ، أى : « شفيت » ، « تحسنت » ، « تحسنت كثيرا » ، « توافقت » ، « أحسن » ٠٠ الخ - حوالى ٦٥٪ . وقد استعرض « ليفيت » (Levitt, 1957, 1963) مقالات تقييم آثار العلاج النفسى مع الأطفال : فوجد أن ثلثهم ( ٦٥٫٢٪ فى استعراض عام ١٩٦٣ ) قد تحسّنوا فى نهاية العلاج . كما أورد « روى م . دوركاس » Dorcus دراسة له فحص فيها

ما يزيد على عشرة آلاف سجل من سجلات المستشفيات النفسية من سنة ١٧٩٠ وحتى سنة ١٩٤٠ ، فوجد أن التشخيصات قد اختلفت من التملك بوساطة الشيطان الى الفصام التخشبي (الكتاتوني) ، كما تراوحت العلاجات من كراسي التغطيس ducking stools أثناء خلع الإنسان الى التحليل النفسي ، ولكن نسبة الصالات التي اعتبر أنها تحسنت أو شفيت لا تختلف كثيرا عن ٦٧٪ . وفيضا عن ذلك ، فقد ظلت هذه النسبة ثابتة سواء أطلت البيانات بوساطة التشخيص أم عن طريق نوع العلاج المستخدم (Marks, 1964) .

وعلى الرغم من أن اتساق هذه النتائج قد يكون أمرا شائكا ومثيرا ، أو حتى جديرا بالملاحظة ، إلا أنها تشير على الأقل الى تحسن أفضل من مجرد الصدفة ، بما يدل على أفضلية العلاجات السيكياترية . ولسوء الحظ فقد أقرت معدلات تحسن مشابهة (Eysenck, 1952) (Marks, 1964 أو معدلات أفضل (Levitt, 1957, 1963; Eysenck, 1967a) وذلك في حالة غياب العلاج — وهي الظاهرة المشار إليها « بالتحسن التلقائي » spontaneous remission .

وهناك قدر كبير من البرهان الاحصائي الذي يدعم النتيجة القائلة بأن التحسن التلقائي للمرض يحدث بالدرجة ذاتها التي يتم بها التحسن التالي للعلاج (انظر : Borgatta, 1960 ، لمزيد من الامتداد الطريف بهذه النتيجة ) ، وفي الواقع فقد أقر — كحقيقة ثابتة — أن المرضى المناسبين للعلاج النفسي سوف يتحسنون دون هذا العلاج ، أي بمجرد مرور الوقت فقط (Bergin, 1966; 1967, Truax, 1967, Havelkava, 1968) .

وعلى أي حال ، فقد تأكدت هذه الحقيقة — أساسا — بوساطة أشخاص من غير علماء النفس ، والذين استخدموا تصميمات بحثية

بسيطة وتحليلات احصائية بسيطة أيضا (Subotnik; 1972) ولم تصمد أمام الفحص الدقيق .

فإذا كان التحسن يحدث فقط نتيجة لمرور الوقت ، فمن ثم يجب أن تزيد كمية التحسن التلقائي وأعدادها ( أحدهما أو كلاهما ) بزيادة مرور الوقت ، ولكن لم يقم الدليل على ذلك (Wallace & Whyte, 1968; Schorer et al., 1968; Subotnik, 1968) ، فإن كل معالج لديه مرضى تحسنوا تبعا لقيامه بالاجراءات العلاجية بدقة ، يكون مقتنعا بأن هذه الاجراءات هي التي أدت الى شفائهم .

ويجب أن يأتي الدليل على فاعلية ( أو عدم فاعلية ) العلاجات السيكياترية من خلال بحوث جيدة . ولسوء الحظ ، فان معظم البحوث التي أجريت في هذا الاطار اما أنها كانت مليئة ببعض المشكلات المنهجية الكبيرة ، أو فشلت في ضبط المتغيرات المهمة . ويقدم هذا الفصل بايجاز هذه المشكلات وتلك المتغيرات ، وبهذا يميز هذا الفصل ثانية النص على بعض النقاط الواردة في الفصول الأولى ، والتي عالجت المشكلات والاجزاءات في تصنيف المرض النفسى والعقلى وتشخيصه ، وستتكرر أيضا بعض المسائل الواردة في الفصول الأخيرة التي وصفت فيها طرق العلاج المختلفة . وهذا الفصل ليس تكرارا ولكنه إعادة عرض للموضوع الأساسى لهذا الكتاب بشكل حيوى أساسى : وهو أنه يجب تعريف المشكلات وتحليلها بدقة ، وذلك قبل التمكن من حلها .

### المتغيرات التي يجب ضبطها

على الرغم من سهولة الوقوع في شرك التبسيط الممل ، فمن الممكن تحديد ثلاث مجموعات أساسية من المتغيرات عند الشروع في بحث يهتم بتقييم الاجراءات العلاجية ، وهي : متغيرات تتعلق بالمرضى كالعمر

والجنس والظنية الثقافية ، والحالة الاقتصادية الاجتماعية ، ونوع الاضطراب ودوامه ... الخ ، ومتغيرات تتعلق بالعلاج كنوع العلاج ومدته ، ومتغيرات تتعلق بالمعالج كالشخصية والتدريب ... الخ (Luborsky et al, 1971) .

### متغيرات المريض

تستخدم معظم العلاجات الطبية نوعيات معينة من المرضى أو الاضطرابات ، ولا يستثنى من ذلك الطب النفسى ، وتعد الجراحة النفسية فعالة أكثر مع المرضى ذوى الشخصيات الصاعدة التى تعجزها التوترات الوسواسية أو التى تعاني من حالات نفسجسمية (سيكوسوماتية) لا يمكن التحكم فيها ، وكذلك الألم غير المحتمل . ويعد العلاج الكهربى التنجى ECT فعالا فى حالة الاكتئاب ، أما العلاج الكيمايى فهو فعال مع الأعراض النوعية كالتوهمات والاكتئاب والقلق ... الخ والتى تأخذ منها المجموعات المختلفة من العقاقير أسماءها الشائعة . ويعتبر التحليل النفسى التقليدى مناسباً للعصابى السليم أو الصحيح نسبياً . ويستخدم العلاج النفسى المتمركز حول العميل أساساً مع الأشخاص المترنين نسبياً ، والذين لديهم القدرة العقلية والتكامل الشخصى اللازم لحل مشكلاتهم بأقل توجيه من المعالج . ويستخدم العلاج السلوكى أساساً فى علاج القلق والخوف المرضية واضطرابات الطباع ، ويستخدم تعديل السلوك مع المرضى الذهانيين المقيمين فى المستشفى وكذلك الأطفال .

وفى دراسة «ليفيت» (Levitt, 1963) ظهرت فاعلية العلاج النفسى فى ٦٥٪ من كل المرضى بصرف النظر عن التشخيص النوعى ، كما قرر «ليفيت» أن الفاعلية بالنسبة للمجموعات التشخيصية المختلفة

تتراوح ما بين ٥٥٪ بالنسبة للسلوك الشاذ على مستوى خارجي تجسدي ، و٧٧٪ بالنسبة للمشكلات الخاصة كاللزمات والتبول اللا ارادي والخوف المرضى من المدرسة ... الخ .

ومازال البون شاسعا بين النسبة ٧٧٪ ، والنسبة ١٠٠٪ ، ولكن — كما ذكرنا في الفصل الثالث — مازال ثبات التشخيصات السيكياترية ايمد من أن يكون كاملا . ويمكن أن ينتج تأثير للاتحدار الاحصائي Statistical regression الناشئ عن سوء التصنيف معدلات فاعلية في منطقة النسبة ٦٦٪ (Windle, 1962) .

ويجب وضع مدة الاضطراب قبل بداية العلاج في الاعتبار (Subotnik, 1972) ، فقد اتضح أن الجراحة النفسية (Freeman, 1953) والعلاج الكهربى التشنجى (Batt, 1943; Kalinowsky & Wortbing; 1943; Wechsler, Groesor & Geanblat; 1965) تكون أكثر فاعلية اذا قدمت في المراحل المبكرة للمرض ، ولكن غالبا ما يعمل هذا المتغير .

## متغيرات العلاج

أجريت دراسات عديدة حول فاعلية « العلاج النفسى » ، ولكن العلاج النفسى ليس ظاهرة وحدوية (Truax & Carkhuff, 1964 ; Garfield, 1974) . فهو يتضمن — مثله في ذلك مثل العلاج الكيمىائى ، والطب النفسى للمجتمع — طرقا فنية معينة واجراءات شديدة الاختلاف . وقد قدم «كولمان» (Coleman, 1964) قائمة من سبعة أبعاد للعلاج النفسى : العلاج الفردى في مقابل الجمعى ، العلاج المختصر في مقابل الممتد ، العلاج السطحى في مقابل العميق ، العلاج الغزوى في مقابل المعرفى ، العلاج الموجه في مقابل غير الموجه ، العلاج



المرن في مقابل غير المرن ، العلاج المعزول Segregated في مقابل العلاج بالدفع الكلي Total push . ويقدم ذلك — من الناحية النظرية — تصنيفات فرعية تتراوح بين ٢ ، ٧ ، تؤدي الى ١٢٨ نوعا مختلفا من العلاج النفسي على الأقل .

وهناك أيضا افتراض ضمنى في كثير من الدراسات بأن المريض يتلقى العلاج في فراغ ، بمعنى أن أى تغيير في صحته النفسية خلال فترة العلاج يرمى الى هذا العلاج وينسب اليه . ولكن الأشخاص يعيشون في سياق اجتماعى ، ويحدث هذا السياق الاجتماعى النوعى في سياق اجتماعى أوسع ، يؤثر كل منه في السلوك .

وأكد «فرويد» ( انظر الفصل التاسع ) على أهمية الوضع الأسرى في ارتقاء الشخصية ، وقد نوه «فرويد» وكذلك «هيلى» Haley وزملاؤه ( انظر الفصل العاشر ) الى أهمية الوضع الأسرى في نشأة المرض النفسى والعقلى . وتعد العائلة أيضا متغيرا مهما في علاج المرض النفسى: فالأقارب قد يدعمون مجهودات المعالج أو يؤيدونها أو يدمرونها ( Murrell, 1970 ) .

وقد أعطى قدر كبير من الاهتمام في حركة الصحة النفسية للمجتمع لأجهزة الدعم الاجتماعى ، اذ يجب ألا يكون جهاز الدعم الاجتماعى خدمة صحية قومية أو وكالة تأمين ضد البطالة أو مركز زيارة ، فهو يمثل الطبقة الاجتماعية التى ينتمى اليها الفرد . وقد ارتبطت الحالة المهنية والزواجية والترتيبات المعيشية بشفاء الأعراض السيكياترية ( Schorer et al., 1968 ) .

وقد ذكر «هولز ، راهى» ( Holmes & Rahe, 1967 ) على الطبيعة المجهدة لأحداث الحياة بوصفها محددات للمرض النفسى والعقلى ،

على حين افترض «سيلي» (Selye, 1955) أن الانعصاب أو المشقة قد يكون لها خصائص علاجية . هذا وقد بحثت دراسات قليلة أحداث الحياة بوصفها متغيرات وسيطة تؤثر على العلاجات الكيميائية والنفسية ... الخ .

وقد يكون من المهم أن نعرف - في الإطار ذاته - ما الذى يفكر فيه الشخص عند الخضوع للعلاج البيولوجى أو تعديل السلوك ، فالتناس يفكرون ، وعلى الرغم من أنه قد يكون من الملائم أن نركز على أن نتناول مجالا واحدا من مجالات وجودهم ، فإن المظاهر أو المجالات الأخرى تظل موجودة .

ف عزل المتغيرات التى تتعلق بالعلاج وكذلك ضبطها لا يحدد وحده تعريفا واضحا للعلاج موضع الاهتمام (Ledwidge, 1978, 1979; Mahoney & Kazdin, 1979) ، ولكن يتيح أيضا الفرصة لتحديد العناصر العلاجية (Schofield, 1984; Luborsky et al., 1971; Garfield, 1974; Strupp, 1974) ويعد ذلك ضروريا بوصفه خطوة أولى نحو تحسين الطرق الفنية العلاجية .

ومثل هذا التوضيح - لسوء الطالع - يمكن أن يؤدي أيضا الى متازعات قضائية ، فإذا ما اختير طبيب نفسى مجتمعى فى الحكومة المحلية المستقلة ، فهل يجب أن تسمى أى سياسات يقدمها بالنسبة لتخطيط المدينة أو تنظيم المجتمع ، طب نفسى مجتمعى؟ وعلى العكس من ذلك فإذا كان « شراء الصداقة » وسيلة علاجية ناجعة للمشكلات السيكياترية ، فهل يتعين أن يكون الأطباء النفسيون هم الوحيدون الذين يسمح لهم ببيع الصداقة؟

### متغيرات المعالج

يعرف العلاج النفسى على أنه علاقة اجتماعية بين شخصين ، ولذلك يجب أن يؤخذ فى الاعتبار مختلف خصائص المعالج . وقد ركز

البحث هنا على ثلاث مجموعات أساسية من المتغيرات : الخبرة ، الاتجاه  
والشخصية ، الأسلوب .

### الخبرة

ان التأكيد على أهمية الخبرة ، والمعرفة ، والتدريب هو أمر بديهي  
في برامج التدريس بالجامعة وكليات الطب بالنسبة للمعالجين ، ومن  
المحتمل أن تؤثر هذه المتغيرات على ثبات التشخيص ( انظر :  
Schmidt & Fonda, 1956 ) وقد اتضح تأثيرها أيضا على تحسن  
المريض أثناء العلاج ( Cartwright & Vogel, 1960 ) ، ومع ذلك فهناك  
تساؤل حول ما يشكل « الخبرة الملائمة » لدى المريض .

وقد افترض «ريوش» وآخرون ( Rioch et al., 1963, 1965 )  
أن ربات البيوت الناضجات — دون تدريب متخصص — يمكن تعليمهن  
في عامين أن يكن ناجحات كالتخصصين في الصحة النفسية التقليدية ،  
والذين قضوا سبع سنوات طوال في التدريب على ممارسة العلاج  
النفسى .

### الشخصية

اقترح «سكوفيلد» ( Schofield, 1964 ) ضرورة أن يمارس العلاج النفسى  
بوساطة فرع جديد من التخصص يتخلص فيه التدريب من التيارات  
غير المتصلة بالموضوع ، ويكون التأكيد فيه على الشخصية والجوانب  
الاجتماعية المفيدة في الموضوع أكثر من التأكيد على الانجاز الأكاديمى .  
وقد تدعم هذا الاقتراح من قبل « وايتهورن ، بتر » ( Whitehorn &  
Betz, 1954 ) .

ففى دراسة عن العلاقات العلاجية النفسية بين الأطباء ومرضى  
الفصام ، لاحظ « وايتهورن ، بتر » ( 1954 ) أن المعالجين الناجحين  
والفاشلين قد اختلفوا في اتجاهاتهم وشخصياتهم ، فقد كان المعالج

الناجح - والذي يطلق عليه النمط « أ » - دافئاً ، وحاول أن يفهم المريض كإنسان ، في حين مال المعالج الأقل نجاحاً - والذي يطلق عليه النمط « ب » - الى التواصل مع المريض بطريقة موضوعية غير شخصية ، أى أنه ركز على الاضطراب أكثر من تركيزه على الشخص .

وهناك بعض المحاولات المبذوبة لتحديد نمط الشخصية « أ » بوصفه مطلباً ضرورياً للمعالجين الناجحين بشكل مطلق ، ولكن نظراً للطبيعة التفاعلية للعلاج النفسي الذي تؤثر فيه متغيرات عديدة ، فقد أشير فيما بعد الى أن شخصية المعالج « ب » أدت الى نتائج أفضل بشكل جوهري عن شخصية المعالج « أ » تحت ظروف معينة . وقد استنتج بعض الباحثين (McNair, Callahan & Lorr, 1962) في دراسة شاملة للعلاقة بين شخصية المعالج واستجابة المريض للعلاج النفسي ، أن العلاقة بين نمط المعالج ونتائج العلاج تعتمد على تشابه خلفية كل من المريض والمعالج واهتماماتهما . واتساقاً مع ذلك اقترح أن التغيرات في اتجاه هيئة التعريض قد تكون متغيراً علاجياً أساسياً في تحديد فاعلية العلاجات المختلفة مع عته الشيفوخة (Mumford & Carpenter, 1979)

وكما هو الحال في كثير من المفاهيم والموضوعات في علم النفس والطب النفسي ، تعتبر العلاقة بين شخصية المعالج والفاعلية العلاجية أكثر تعقيداً من مجرد التقسيم الثنائي البسيط الى نمط « أ » ونمط « ب » (Heaton; Carr & Hampson, 1975) . ومع ذلك فمن المقبول الى حد كبير في الوقت الحاضر أن النمط « أ » للمعالج المتعاطف يعد نجاحاً مع المرضى انفصاميين ، بينما يفضل نمط شخصية المعالج « ب » الموضوعي مع العصائيين .

## الأسلوب

بالرغم من أن الأسلوب Style قد يكون جانباً مميزاً للشخصية ،  
أو حتى مظهراً مميزاً للطريقة العلاجية ، فإنه يعد متغيراً في حد ذاته .

فقد أجرى « يالوم ، ليبيرمان » (Yalom & Lieberman, 1971) دراسة على مجموعات مواجهة Encounter groups تم قيادتها بواسطة أنماط مختلفة من القادة . ولم تكن أساليب القيادة مرتبطة فقط بعدد الأفراد الذين شكلوا المجموعة التي أجريت عليها التجربة ، ولكنها كانت مرتبطة أيضاً بعدد الأفراد الذين عانوا بشكل كبير ، وهدت عليهم ردود أفعال معاكسة مستمرة . فقد كشف ١٨٪ من أفراد مجموعات القادة المتطولين والمرتابين والمتسلطين عن الاشتراك في التجربة ، وعانى ١٤٪ من النسبة الباقية أكثر مما استفادوا من التجربة . وعلى العكس ، فقد أولئك القادة الذين ينضمون بالحب والطريقة الأبوية الحنونة ٨١٪ فقط من أفراد مجموعاتهم ، وواجه واحد فقط ممن لم يواصلوا مشكلات كبيرة .

## المشكلات المنهجية

يعد تحديد المتغيرات التي تحتاج للضبط بمثابة البداية لتقييم فاعلية العلاج ، ويجب أن يوضع في الاعتبار أيضاً إلى أي مدى يمكن قياسها والتعامل معها ، وكذلك الحال فيما يتعلق بالنواتج الممكنة ، وإلى أي مدى يمكن تفسيرها . تلك هي المشكلات المنهجية ، ونستطيع تصنيفها إلى ثلاث مشكلات مرتبطة بكل من المحكات والقياس وتصميم الدراسة .

## المشكلات المرتبطة بالمحكات

المشكلة المنهجية الأساسية فى تقييم العلاجات السيكياترية هى اختيار محكات النجاح والتعريف الاجرائى لها ، ويتضمن ذلك الاهتمام بطريقة التقدير ( التقارير الذاتية ، الاختبارات السيكولوجية الموضوعية ، بتقديرات السلوك ... الخ ) ، والشخص القائم بالتقدير ( المريض ، أحد الأقارب ، المالج ) ، وعمومية التقدير ( المقاييس الوحدية للسلوكيات النوعية ، المقاييس متعددة المتغيرات ، المقاييس الاجمالية للشخصية ) ( Strupp & Hadley, 1977; Kazdin & Wilson, 1978 ) .

وللأنواع العلاجية المختلفة أهداف مختلفة ، والمحكان الأساسيان لتقييم فاعلية الجراحة النفسية هما المحك الاجتماعى والثقافى ، أى الوضع الأسرى والمهنى للمريض ، على حين يتم تقييم العلاج الكهربى التشنجرى والمالج الكيمائى والعلاجات السلوكية على ضوء ازالة العرض . وتصور طرق العلاج السيكولوجية فاعليتها بلغة نظرية الشخصية الخاصة ، والتى يقوم عليها الاجراء العلاجى : « الشفافية » ، « Transparency » ، « المواجهة الحقيقية » ، « Genuine encounter » ، « التفاعل الانسانى الصادق » ، « Authentic human interaction » ، « الذات الحقيقية » ، « جعل ما هو لا شعورى شعوريا » ، « حل الصراع الأوديسى » ... الخ .

وقد يتغير المرضى بطرق عديدة عند خضوعهم للعلاج ، وعلى الرغم من أن المطلب الأساسى هو ارتباط محكات التحسن بمحكات المرض فإن محكات التحسن لا تختلف فقط وفقا للاضطراب الذى يعالج ، ولكنها تختلف أيضا من معالج الى آخر ( Rosenzweig, 1954 ) ، وتميل لأن تعكس التوجه النظرى للمعالج وتحيزاته الشخصية ( Hunt, 1949; Miller, 1951. Orne, 1962; Rosenthal, 1967 ) .

## المشكلات المنهجية المرتبطة بالقياس

يتضمن قياس فاعلية العلاج ، أى قياس التغير ، قرارات سابقة متصلة بالخط القاعدي الذى حدث منه التغير ، وما إذا كان التحسن ظاهرة شاملة أم محدودة ، وما إذا كان ثابتا أم مستمرا ، وما إذا كان التركيز على مرضى فرادى أم على مجموعات من المرضى . وهناك أيضا بعض المشكلات الإحصائية البحتة التى يجب أن تؤخذ فى الاعتبار مثل ثبات الملاحظات والانحدار نحو المتوسط .

### الخط القاعدي

يعد تقييم فاعلية العلاج دائما تقييما للتغير من الحالة الشاذة Abnormal أو المخلطة Impaired تجاه مستوى أعلى من الأداء . ومثل هذا التغير يمكن النظر اليه على أنه يحدث عبر متصل Continuum ، يمكن أن تمدنا كل نهاية منه بدرجات مرجعية Reference points أو قياسات للخط القاعدي Baseline .

وأكثر التعبيرات شيوعا عن التغير ، والتى تمثل خاصية مميزة للسجلات الاكلينيكية هى : «تحسن» أو «عدم تحسن» ، وهى عبارة عن درجة التغير من مستوى المريض عند بداية العلاج ، وهى نقطة تقع عند النهاية الدنيا للمتصل ، ويتمثل البديل فى أن فقنيس مقدار التغير الضرورى لكى يصل المريض الى الحالة المرغوبة ، والتى قد تكون اما أعلى مستوى من الأداء قبل علاج المريض ، أو أعلى مستوى يقدر عليه فى ظل الظروف المثالية .

### مقاييس التغير الأحادية فى مقابل متعددة المتغيرات

يتضمن تقدير المريض بأنه «تحسن» أو «لم يتحسن» افتراض أن التحسن ظاهرة أحادية ، تكون فيها مقاييس التحسن المختلفة أو

محركات مرتبطة معا ، وتتغير بعضها مع بعض . وقد يكون هذا الافتراض صادقا اذا كان هناك تحسن كبير جدا ، أو اذا أمكن الحصول على القياسات في الوقت نفسه ، ونتيجة للعلاقة التي نشأت بين القوائم بالتقييم والمريض ، ولكنه من ناحية أخرى يعتبر أمرا مشكوكا فيه الى حد كبير (Parloff, Kelman & Frank, 1954; Keniston, Boltax & Bergin, 1971a, 1971b) . Almond, 1971; Garfield, Prager & Bergin, 1971a, 1971b)

ويمثل المرض النفسي مشكلة متعددة المظاهر ، اذ يبرز مشكلات مختلفة لدى مختلف الأفراد ، فبالنسبة للمريض تكون المشكلة عرضا أو شكوى من ألم أو ضيق ذاتي ، وبالنسبة للمعالج قد تكون المشكلة هي المرض الأساسي أو الصراع ، وبالنسبة لأسرة المريض وهيئة التفرير قد تكون المشكلة حدوث التمزق الاجتماعي الذي يسببه المرض ، وبالنسبة للمجتمع المزلزلي قد تكون المشكلة تهديدا بالغنف — حقيقيا أو متخيلا — بينما بالنسبة للدولة وشركات التأمين تعتبر المشكلة بمثابة التكلفة المالية التي يتطلبها العلاج (Erickson, 1972) .

وقد قرر « جارفيلد » ، « بريجر » ، « بيرجين » (Garfield; Prager & Bergin, 1971a) أن المحركات المختلفة لنتائج العلاج النفسي ترتبط فيما بينها ارتباطا ضعيفا أو غير جوهري . وبناء على ذلك تعتبر التقديرات الكلية لحالة المريض — في أحسن الأحوال — تميمات زائدة ، وفي أسوأ الأحوال تجريدات لا معنى لها ، على حين تمدنا المقاييس الفردية للمتغيرات المفردة بقياس ناقص الى حد كبير .

فليس هناك محرك واحد للتغير ، ولكن توجد محركات عديدة ، وقد يكون كل واحد منها صادقا ومنطقيا ، وعند تقييم فاعلية العلاج ، يجب أن تستخدم عينة معقولة من تلك المحركات ، ويجب أن تقتصر



الاستنتاجات حول فوائد العلاج الى فوائده على ضوء هذه المحركات (Limborsky, 1971) . ويجب أن يكون التحسن في المشكلة التي بحث الفرد عن علاج لها ، هو المحك الأساسي لفاعلية العلاج ، كما يجب أيضا وضع طبيعة التغيرات المصاحبة ومداهها في الاعتبار (Kazdin & Wilson, 1978) .

### الآثار الجانبية المعاكسة

ان تغير المريض له طبيعة متعددة المتغيرات ، وأحد خصائص هذه الطبيعة أثناء العلاج هي أن التحسن في أحد الأبعاد قد يكون مصحوبا بالتدهور في بعد آخر ، وقد وصفت هذه الظاهرة في الفصول (٢١ - ١٣) على أنها « الآثار الجانبية المعاكسة » . فالجراحة النفسية ، مثلا ، قد تخفف القلق النفسي والألم والأسى الذاتي ، ولكنها تقود الى الصرع . والعلاج النفسي قد لا يزيد فقط عدد الأعراض وخطورتها ، ولكنه قد يشجع أيضا على الاتكالية والمبالاة في القدرات ، والانصراف في التحرر من الوم (Hadley & Strupp, 1976) .

وتعتبر الآثار الجانبية المعاكسة — بوضوح — بمثابة خسائر أكثر من كونها فوائد للعلاج ، وهي تمثل مجموعة واحدة من التغيرات التي يجب عزلها ، وبشكل خاص اذا ما درست مجموعات من المرضى ، وليس المرضى الفرادى .

### التغير الجمعى في مقابل التغير الفردى

قد تكون لأي علاج آثار عكسية على متغير معين بالنسبة لمختلف المرضى ، وتجعل هذه التغيرات بعض المرضى أحسن وبعضهم أسوأ ، فاذا لم تفصل الآثار الايجابية والآثار السلبية ، ويحسب متوسط

التغير للمجموعة ككل ، فانهما سيميلان الى الغاء بعضهما بعضا  
(Truax, 1962, Truax & Carkhuff, 1967, Bergin, 1966, 1967,  
• May, 1971)

وتمتبر الفروق الجماعية لمتوسط الدرجات على اختبار معين أو  
مقياس تقدير خاص ، محكات محدودة لتقييم فاعلية العلاج • ولذا يجب  
أن يوضع عديد من المحكات الأخرى في الاعتبار ، متضمنة أهمية التغير  
(Dunnette, 1966) ، ونسبة الأفراد المعالجين الذين تغيروا (Kazdin &  
Wilson, 1978) • وهناك فرق بين درجات المتوسط ، والمسؤال ،  
والوسيط ، ولكن المتوسط هو الذى يحسب دائما •

وبالإضافة الى امكانية الغاء الآثار الايجابية والآثار السلبية  
بعضهما بعضا ، فانه يجب أن نضع نصب أعيننا أن متوسط درجة التغير  
لا يمثل بالضرورة مدى التحسن لدى معظم الأفراد ، فالطبيعة الخاصة  
لمثل هذه الدرجة أن تشوه أداءات الفرد للوصول الى ملخص اجمالى  
لآثار العلاج (Chassan, 1967) •

ومتوسط درجة التغير لمجموعة من المرضى ليس له نظير في الواقع:  
حيث لا يتغير المريض الفرد بهذا المقدار (Kazdin & Wilson, 1978) •  
وقد لا يتغير المتوسط الجمعى بينما يظهر حوالى ٦١٪ من الأفراد الذين  
يشكلون المجموعة تحسنا ، وكذلك يتحسن ٥٠٪ بشكل جوهري  
(Subotnik, 1969) ، وعندما يقارن نوعان مختلفان من العلاج ، فانه  
من الممكن أيضا أن يحدث أحد العلاجين تغيرا كبيرا في متوسط الدرجة،  
بينما ينتج عنه عدد كبير من المرضى الذين تسوء حالتهم على بعد معين  
(Kazdin & Wilson, 1978) .

## وقت التقييم

هناك ثلاثة أوقات أساسية يمكن أن يقيم العلاج فيها : مرة عند بدايته ، ومرة عند اكتماله ، وفي وقت ما بعد اكتماله .

والملح في تقييم فاعلية العلاجات السيكياترية عادة هو حالة المريض عند انتهاء العلاج ، فبالنسبة لعلاجات المرضى المقيمين ، كالجراحة النفسية مثلا ، غالبا ما تحدد نهاية العلاج بخروج المريض من المستشفى . وعلى أى حال يمكن أن يخرج المريض من المستشفى لأسباب مختلفة ، فقد يطلق سراح بعض المرضى برغم استمرار المرض ، على حين يبقى آخرون بالرغم من تحسنهم (Parsons, 1984; Szasz; 1989) .

وبفضلا عن ذلك ، يمكن أن يعرف مصطلح « إطلاق السراح » أو « الخروج » Discharge بطرق مختلفة (Gurel, 1986) ، ومن هذه الطرق ما يتطلب بقاء المريض في المجتمع لفترة معينة . وهذا أمر مهم ، إذ لاحظت دراسات عديدة (Staudt & Zubin, 1967, Griswold; 1967; Neff & Kottuv; 1967) امتداد الآثار العلاجية لفترة محدودة . ويعتبر استخدام المقايير النفسية التي توصف في البداية على أنها علاج في المستشفى وتظل مستمرة بوصفها عنصرا أساسيا للمريض خارج المستشفى ، بمثابة عامل تعقيد اضافي (Friedman, von Mering & Hinko, 1968) .

وان الافتقار الى بيانات المتابعة يجعل الآثار طويلة المدى في كثير من العلاجات أمرا محفوفا بالمخاطر ، ويفترض أن معدل تدهور التحسن العلاجي يعتمد على مستوى التحسن في نهاية العلاج ، وتبعاً لذلك فان

العلاج الذى يظهر أحسن مستوى من التحسن فى نهايته يظهر أيضا أحسن مستوى من التحسن فى وقت ما متأخر . ومع ذلك فإن الأمر ليس كذلك بالضرورة ، فقد تختلف العلاجات الى حد بعيد فى قوة استمرار آثارها (Kazdin & Wilson, 1978) .

وعلى العكس من ذلك ، فبدلاً من فحص قوة فاعلية العلاج ، قد يكون من المفيد فحص سرعتها أيضا ، فإذا كان هناك نوعان مختلفان من العلاجات لهما الفاعلية ذاتها على محك معين ، فإن العلاج الذى يحقق أقصى أثر له فى أقصر وقت ممكن يكون مفضلاً ، وذلك إذا ظلت جميع العناصر والعوامل الأخرى ثابتة (Kazdin & Wilson, 1978) .

ويرتبط التساؤل حول عودة ظهور الأعراض المرضية بمشكلة قوة فاعلية العلاج وتدهورها ، وغالباً ما تفسر « عودة الأعراض » *Recurrence of symptoms* فى الطب النفسى على أنها فشل فى العلاج ، وبخاصة إذا كان الاضطراب من النوع الدورى ، كما فى حالة اضطرابات الهوس الاكتئابى . ولكنه قد يدل على عرض مرضى جديد تال للعلاج الناجح لدى شخص لديه استعداد للمرض . فإذا كثرت ساق المترحلق على المنحدرات كل شتاء ، فلا يوجه السؤال الى فاعلية العلاج الذى قدم له ، ولكن الى المريض وأسلوب حياته .

وتمثل هذه المشكلة مشكلة حادة ، حينما يوضع تمييز بين الأعراض والأمراض ، كما يحدث فى التحليل النفسى التقليدى ، فالأعراض التى تعاود ليست هى الأعراض ذاتها التى عولجت . ويناقش مثل هذا الموقف تحت اسم «استبدال العرض» *Symptom substitution* ، وهو يؤكد أهمية ترسيخ « وحدة للتحليل » ، أى ماذا يعالج : الأشخاص ، أو الأمراض ، أو السلوك ؟

## القياس

بعد أن قدمت قرارات فيما يتعلق بمعنى التحسن ومحركاته ، فإنه يتعين قياس التحسن . ويتضمن هذا القياس : المقابلة الشخصية ، أو الاستخبارات أو مقاييس التقدير أو بعض أدوات التقدير الأخرى . ومهما كانت الطريقة المستخدمة للقياس ، وهل تستخدم أداة القياس اما بمفردها أو بمصاحبة أدوات تقدير أخرى ، فيجب وضع صدق أداة القياس وثباتها في الاعتبار .

وتعد بعض مشكلات ثبات التشخيص التي نوقشت في الفصل الثالث مرتبطة بهذا الموضوع ، حيث تعتبر مصطلحاته : « الخلل » ، « الشفاء » ، « الصحة » ، « السواء » جميعها فئات تشخيصية ، ويحدث معدل الفاعلية في ٦٦٪ إذا صنف المرضى التي : « تحسن » أو « تحسن كبير » أو « عدم تحسن » على أساس عشوائي تلم (Subotnik, 1972) .

ويمكن أيضا أن تعطي ظاهرة الانحدار الاحصائي تجاه المتوسط صورة مضللة للتحسن (Subotnik, 1972) ، وبعض الدراسات تختار المرضى بالنسبة للتحسن على أساس الدرجات العالية جدا أو المنخفضة جدا على اختبار مقنن كاختبار منيسوتا متعدد الأوجه للشخصية MMPI . فإذا لم يكن هذا الاختبار صالحا أو ثبتا ، يكون هناك احتمال أكبر للدرجة الثانية ( المنخفضة جدا ) أن تكون أقرب إلى المتوسط ، عن الدرجة الأبعد عن المتوسط ( المرتفعة جدا ) . ويميل الاختبار غير الثابت غالبا إلى أن يشير إلى أن المريض المنحرف Deviant (دعوى المتوسط) قد تغير إلى الأخص عن أنه تغير إلى الأسوأ أو أنه لم يتغير على الإطلاق .

وحتى اذا كان مقياس السواء/الشذوذ يتمتع بثبات مرتفع ، فإن فاعلية العلاج تحدد من خلال المقارنة بين درجتين منفصلتين ، أو درجة التغير ، وتتسم درجات التغير بثبات منخفض عن الدرجات الأصلية • وبناء على ذلك لا تعد أداة التقدير الثابتة مقياسا ثابتا للتغير •

## تصميم البحث

يتضمن تصميم البحث موضوعين أساسيين هما : استخدام المجموعات الضابطة في مقابل دراسات الحالة الفردية ، وما الذى نفعله مع المرضى الذين لا يكملون البرنامج العلاجى •

## المجموعات الضابطة

غالبا ما تتضمن الدراسات التجريبية الخاصة بالفاعلية العلاجية ، مجموعة من المرضى ذوى مشكلات وخصائص شخصية مشابهة لأفراد المجموعة العلاجية ، ولكنهم لا يتلقون علاجاً • ويمكن أن تكشف آثار العلاج ، في مقابل آثار أى شىء آخر يمكن أن يحدث خلال تلك الفترة ، الفرق بين درجات التغير في المجموعتين • وبشكل مثالى ، تتضمن خطة مثل هذا البحث التحديد العشوائى للمرضى في المجموعتين ، ولكن ذلك يمكن أن يكون غير أخلاقى : حيث يجب عدم منع العلاج عن الأفراد الذين يحتاجونه •

وتتضمن الخطط البديلة اعطاء المجموعات فترات متعاقبة من العلاج ثم منع العلاج ، وكذلك استخدام الأفراد الذين تقدموا للعلاج ولكن لم يعالجوا ، أما لأن العلاج لم يكن متاحا ، أو لأنهم رفضوه عندما أصبح متاحا • ويفرض البديل الأول حدودا زائفة على مدة العلاج ، وربما يستلزم الأمر دراسة أطول ، وعلى الرغم من أن المنحنى الأخير أكثر شيوعا ، إلا أنه لا يخلو من المشكلات •

ان الأشخاص الذين لم ينتظروا علاجهم قد لا يمثلون عينة عشوائية من الأشخاص الذين سعوا أساسا للعلاج . فمن الممكن جدا أن يكونوا قد غيروا من تقييمهم الذاتى لحالتهم النفسية ، وظنوا أنهم تحسّنوا (Subotnik, 1972) . كما تم أيضا تقرير الفروق المتعلقة بالأعراض والفروق الوالدية (Witmer & Keller, 1942; Lehrman et al, 1949; Ross & Lacey; 1961) بالإضافة الى الفروق في المكانة السسيومترية (Lake & Levinger, 1960) Sociometric Status بين الأشخاص الذين ترقبوا العلاج والذين لم يترقبوه .

### التوقف عن العلاج

العلاجات النفسية والعلاجات التي تقدم للمرضى المترددين على العيادات الخارجية ، غالبا ما تواجه المرضى الذين لم يستمروا في العلاج الى النقطة التي يعتبرها المعالج اكتهالا للعلاج . فمثل هؤلاء المرضى قد تخلفوا عن دراسة التقييم على أساس أنهم لم يتلقوا البرنامج العلاجي الكامل ، وبالتالي لا يقدموا اختبارا واضحا لفاعلية العلاج . ولكن اذا أنهم العلاج لأنهم شعروا بتحسّن ، وكانوا راضين شخصيا عن مستوى التحسّن الذي وصلوا اليه ، أو اذا كانوا قد أنهوا العلاج لأنهم شعروا بسوء حالتهم ، فانه يكون من الواضح أنهم لابد أن يدرجوا في الدراسة .

### ملخص واستنتاجات

لا يقتصر تقييم العلاجات السيكياترية على مجرد تمديد الاستجابات البسيطة : «نعم ، انه فعال » ، « لا ، انه غير فعال » ، بل هناك متغيرات كثيرة يجب أن توضع في الاعتبار ، وتتضمن هذه المتغيرات تحليلات للتكلفة في مقابل الفائدة ، والتكلفة في مقابل الفاعلية

(Fenton, 1973)، والتي تحدد خلالها أكثر الطرق الفعالة والاقتصادية لتحقيق الصحة النفسية..

ويجب أن نتذكر فائدة العلاج السيكياتري أو فاعليته- في ضوء شعور المريض بالتحسن: :فهل تم تخفيف المشكلة الموجودة؟ وإذا كان الأمر كذلك ، ففما مدى السرعة والاكتمال والاستمرار في التحسن؟ وهل توجد آثار جانبية-معلكة- أم لا ؟ وتقاس تكلفة العلاج ليس فقط في ضوء ما يدفعه المريض للمعالج، ولكن أيضا في ضوء وقت المريض وجهده وخسارة جانب من دخله ابان خضوعه للعلاج ، وكذلك في ضوء وقت المعالج ومجهوده ومقدار ما يتطلبه من تدريب- (Wolpe, 1984; Kazdin & Wilson, 1978).

ويجب أن يؤخذ في الاعتبار أيضا ، فيما يتعلق بجانب التكلفة والفائدة ، تأمين البطالة والعجز عن الدفع ، ونفقات الخدمة الاجتماعية الأخرى . فالمريض ليس حيوانا بيولوجيا-يخص ويشعر فقط ، بل هو يعمل في نسق اجتماعي ، ولذا فيجب أن توضع كل خصائص أدائه في الاعتبار . وكما يحسن تعريف المرض النفسي والعقلي حكما من أحكام القيمة الاجتماعية ، فإن الأمر ذاته ينسحب على تقييم فاعلية العلاجات السيكياترية ، انها تعتمد جميعا على ما تعنيه كلمة « فعال » .





## References

- Yates, A.J. (1962) A comment on Bookbinder's critique of 'Symptoms and substitution'. *Psychological Reports*, 11, 102.
- Yates, A.J. (1970) Tics. In C.G. Costello (ed.) *Symptoms of Psychopathology: A Handbook*. John Wiley, New York.
- Young, P.T. (1936) *Motivation of behavior*. John Wiley, New York.
- Young, P.T. (1952) The role of hedonic processes in the organization of behavior. *Psychological Review*, 59, 249-62.
- Young, P.T. (1955) The role of hedonic processes in motivation. In M.R. Jones (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation*. University of Nebraska Press, Lincoln.
- Young, P.T. (1959) The role of affective processes in learning and motivation. *Psychological Review*, 66, 104-25.
- Young, P.T. (1961) *Motivation and Emotion: A Survey of the Determinants of Human and Animal Behavior*. John Wiley, New York.
- Zamora, E.N. and Kaelbling, R. (1965) Memory and electro-convulsive therapy. *American Journal of Psychiatry*, 112, 546-54.
- Zangwill, O.L. (1969) Intellectual status in aphasia. In P.J. Vinken & G.W. Bruyn (eds.) *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 4. North-Holland, Amsterdam.
- Zaquirre, J.C. (1957) Amuck. *Journal of the Philippine Federation of Private Medical Practitioners*, 6, 1138-49.
- Zawadzki, B. and Lazarsfeld, P. (1935) The psychological consequences of unemployment. *Journal of Social Psychology*, 6, 224-51.
- Zeigarnik, B. (1927) Über das Behalten von erledigten und unerledigten Handlungen. *Psychologische Forschung*, 9, 1-85.
- Ziegler, L.H. (1943) Bilateral prefrontal lobotomy. *American Journal of Psychiatry*, 100, 178-9.
- Zigler, E. and Phillips, L. (1961) Psychiatric diagnosis: a critique. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 607-18.
- Zilboorg, G. and Henry, G.W. (1941) *A History of Medical Psychology*. W.W. Norton, New York.
- Zinkin, S. and Birchall, J. (1968) Unilateral electro-convulsive therapy: its effects on memory and its therapeutic efficacy. *British Journal of Psychiatry*, 114, 973-88.
- Zola, I.K. (1966) Culture and symptoms - an analysis of patients' presenting complaints. *American Sociological Review*, 31, 615-30.
- Zubin, J. (1967) Classification of the behaviour disorders. *Annual Review of Psychology*, 18, 373-406.
- Zubin, J. and Sutton, S. (1970) Assessment of physiological, sensory, perceptual, psychomotor, and conceptual functioning in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46, Supplement #219.
- Zwerling, I., Titchener, J., Gottschalk, L., Levine, M., Culbertson, W., Cohen, S.F. and Silver, H. (1955) Emotions and surgical illness. *American Journal of Psychiatry*, 112, 270.

## References

- Measurement of Mental Health*. PHS Publication No.1873. US Department of Health, Education and Welfare, Washington, DC.
- World Health Organization (1948) *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*. 6th rev. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (1965) *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*. 8th rev. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (1967a) *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*, Based on the Recommendations of the Eighth Revision Conference, 1965, and adopted by the Nineteenth World Health Assembly: Vol.I. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (1967b) *Research in Psychopharmacology*. Technical Report #371. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (1974) *Glossary of Mental Disorders and Guide to their Use in Conjunction with the International Classification of Diseases*, 8th Rev. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (1976) *Health Aspects of Human Rights*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (1978) *Mental Disorders: Glossary and Guide to their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases*. World Health Organization, Geneva.
- Wright, R. (1940) *Hydrotherapy in Psychiatric Hospitals*. The Tudor Press, Boston.
- Wudel, P. and Loo, R. (1979) Birth order and person variables. *Psychological Reports*, 45(1), 280.
- Wundt, W. (1896) *Grundriss der Psychologie*. Engelmann, Leipzig.
- Wundt, W. (1900-20) *Völkerpsychologie*. Vols. 1-10. Wilhelm Engelmann & Alfred Kroner, Leipzig.
- Wyler, A.R., Masuda, M. and Holmes, T.H. (1968) Seriousness of illness rating scale. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 11, 363-74.
- Wyler, A.R., Masuda, M. and Holmes, T.H. (1970) The seriousness of illness rating scale: reproducibility. *Journal of Psychosomatic Research*, 14, 59-64.
- Yacorzynski, G.K. (1965) Organic mental disorders. In B.B. Wolman (ed.) *Handbook of Clinical Psychology*. McGraw-Hill, New York.
- Yalom, I.D. (1970) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books, New York.
- Yalom, I.D. and Lieberman, M.A. (1971) A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry*, 25, 16-30.
- Yarrow, L.J. (1961) Maternal deprivation: toward an empirical and conceptual re-evaluation. *Psychological Bulletin*, 58, 459-90.
- Yates, A.J. (1958a) The application of learning theory to the treatment of tics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 56, 175-82.
- Yates, A.J. (1958b) Symptoms and symptom substitution. *Psychological Review*, 65, 371-4.

## References

- Wolberg, L.R. (1975) Hypnotherapy. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.5: Treatment. Basic Books, New York.
- Wolfe, A. (1929) Classification. In *Encyclopaedia Britannica*, 14th edition, Volume 5, p.777. Encyclopaedia Britannica Co., London.
- Wolf, E. (1969) Learning theory and psychoanalysis. *International Journal of Psychiatry*, 7, 525-61.
- Wolfenden Commission (1957) *Report of the Committee on Homosexual Offences and Prostitution*. Her Majesty's Stationery Office, London.
- Wolff, H.G. (1950) Life situations, emotions, and bodily disease. In M.L. Reyment (ed.) *Feelings and Emotions: The Mooseheart Symposium*. McGraw-Hill, New York.
- Wolpe, J. (1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press, Stanford, California.
- Wolpe, J. (1960) Reciprocal inhibition as the main basis for psychotherapeutic effects. In H.J. Eysenck (ed.) *Behaviour Therapy and the Neuroses: Readings in Modern Methods of Treatment Derived from Learning Theory*. Pergamon Press, Oxford.
- Wolpe, J. (1962) Isolation of a conditioning procedure as the crucial therapeutic factor: a case study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 134, 316-29.
- Wolpe, J. (1964) The comparative clinical status of conditioning therapies and psychoanalysis. In J. Wolpe, A. Salter & L.J. Reyna (eds.) *The Conditioning Therapies: the Challenge in Psychotherapy*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Wolpe, J. (1969) *The Practice of Behavior Therapy*. Pergamon, Oxford.
- Wolpe, J. (1971) Neurotic depression: experimental analog, clinical syndromes, and treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 25(3), 362-8.
- Wolpe, J. (1978) Cognition and causation in human behavior and its therapy. *American Psychologist*, 33, 437-46.
- Wolpe, J. and Lazarus, A.A. (1966) *Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses*. Pergamon, Oxford.
- Wolpe, J., Salter, A. and Reyna, L.J. (1964) *The Conditioning Therapies: The Challenge in Psychotherapy*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Wooden, H.E. (1974) The use of negative practice to eliminate nocturnal headbanging. *Journal of Behaviour Therapy*, 5, 81-2.
- Woodruff, R.A. Jr., Goodwin, D.W. and Guze, S.B. (1974) *Psychiatric Diagnosis*. Oxford University Press, New York.
- Woodworth, R.S. (1918) *Dynamic Psychology*. Columbia University Press, New York.
- Woodworth, R.S. (1920) *Personal Data Sheet*. Stoelting, Chicago.
- Woodworth, R.S. (1938) *Experimental Psychology*. Henry Holt, New York.
- Woodworth, R.S. (1940) *Psychology*. 4th edn. Henry Holt, New York.
- Woodworth, R.S. and Schlosberg, H. (1955) *Experimental Psychology*. 3rd edn. Methuen, London.
- Woolsey, R.M. (1976) Hysteria: 1875-1975. *Diseases of the Nervous System*, 37(7), 379-86.
- Woolsey, T.D. (1968) Foreword. In S.B. Sells (ed.) *The Definition and*

## References

- Wilson, S.A.K. (1931) The approach to the study of hysteria. *Journal of Neurology and Psychopathology*, 11, 193-206.
- Wilson, G.W. (1948) A study of structural and instinctual conflicts in cases of hay fever. In F.G. Alexander & T.M. French (eds.) *Studies in Psychosomatic Medicine: An Approach to the Causes and Treatment of Vegetative Disturbances*. Ronald Press, New York.
- Windle, C. (1962) Prognosis of mental subnormals. *American Journal of Mental Deficiency*, 66, #5 (Monograph Supplement).
- Wing, J.K., Birley, J.L.T., Cooper, J.E., Graham, P. and Isaacs, A.D. (1967) Reliability of a procedure for measuring and classifying present psychiatric state. *British Journal of Psychiatry*, 113, 499.
- Wing, J.K. and Hailey, A.M. (eds.) (1972) *Evaluating a Community Psychiatric Service: the Camberwell Register 1964-1971*. Oxford University Press, London.
- Wing, L. (1970) Observations on the psychiatric section of the International Classification of Diseases and the British Glossary of Mental Disorders. *Psychological Medicine*, 1, 79-85.
- Wisdom, J.O. and Wolff, H.H. (eds.) (1965) *The Role of Psychosomatic Disorder in Adult Life*. Pergamon Press, London.
- Wise, C.D. and Stein, L. (1973) Dopamine-B-hydroxylase deficits in the brains of schizophrenic patients. *Science*, 181, 344-7.
- Witkin, H.A. (1965) Psychological differentiation and forms of pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 317-36.
- Witkin, H.A. and Asch, S.E. (1948) Studies in space orientation: IV. Further experiments on perception of the upright with displaced visual fields. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 762-82.
- Witkin, H.A., Dyk, R.B., Faterson, H.F., Goodenough, D.R. and Karp, S.A. (1962) *Psychological Differentiation*. John Wiley, New York.
- Witkin, H.A., Lewis, H.B., Hertzman, M., Machover, K., Meissner, P.B. and Wapner, S. (1954) *Personality Through Perception*. Harper & Row, New York.
- Witkin, H.A., Mednick, S.A., Schulsinger, F., Bakkestrom, E., Christiansen, K.O., Goodenough, D.R., Hirschhorn, K., Lundsteen, C., Owen, D.R., Phillip, J., Rubin, D.B. and Stocking, M. (1976) Criminality in XYY and XXY men. *Science*, 193, 347-353.
- Witmer, H.L. and Keller, J. (1942) Outgrowing childhood problems: a study of the value of child guidance treatment. *Smith College Studies In Social Work*, 13, 74-90.
- Witkower, E.D. and Prince, R. (1974) A review of transcultural psychiatry. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.2: *Child and Adolescent Psychiatry, Sociocultural and Community Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Wittman, P., Sheldon, W.H. and Katz, C.J. (1948) A study of the relationship between constitutional variations and fundamental psychotic behavior reactions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 108, 470-6.
- Wittson, C.L. and Hunt, W.A. (1951) The predictive value of the brief psychiatric interview. *American Journal of Psychiatry*, 107, 582-3.

## References

- Welford, A.T. (1951) *Skill and Age: An Experimental Approach*. Oxford University Press, London.
- Welsh, G.S. (1956) Factor dimensions A and R. In G.S. Welsh and W.G. Dahlstrom (eds.) *Basic Readings on the M.M.P.I. in Psychology and Medicine*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Wenger, M.A., Clemens, T.L. and Cullen, T.D. (1962) Autonomic functions in patients with gastrointestinal and dermatological disorders. *Psychosomatic Medicine*, 24(3), 267-73.
- Werner, H. (1948) *Comparative Psychology of Mental Development*. Revised edition. Follett, Chicago.
- Werner, H. and Thuma, B.D. (1942) Critical flicker-frequency in children with brain injury. *American Journal of Psychology*, 55, 394-400.
- West, F.H., Bond, E.D., Shurley, J.T. and Meyer, C.D. (1955) Insulin coma therapy in schizophrenia: a fourteen year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 111, 583-9.
- West, L.J. (ed.) (1962) *Hallucinations*. Grune & Stratton, New York.
- Westermeyer, J. (1972) A comparison of amok and other homicide in Laos. *American Journal of Psychiatry*, 126(6), 703-9.
- Westropp, C. and Williams, M. (1960) *Health and Happiness in Old Age*. Methuen, London.
- White, A.R. (1964) *Attention*. Basil Blackwell, Oxford.
- White, J.G., Merrick, M. and Harbison, J.J.M. (1969) Williams Scale for the Measurement of Memory: test reliability and validity in a psychiatric population. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 141-51.
- White, R.W. and Watt, N.F. (1973) *The Abnormal Personality*. 4th edn. Ronald Press, New York.
- Whitehorn, J.C. and Betz, B.J. (1954) A study of psychotherapeutic relationships between physicians and schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 111, 321-31.
- Whitehorn, J.C. and Betz, B.J. (1960) Further studies of the doctor as a crucial variable in the outcome of treatment with schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 117, 215-23.
- Whitry, C.W.M. and Zangwill, O.L. (1966) *Amnesia*. Butterworth, London.
- Wiggins, J.S., Renner, K.E., Clore, G.L. and Rose, R.T. (1971) *The Psychology of Personality*. Addison-Wesley Publishing, Menlo Park, California.
- Wilkins, R.W. (1954) Clinical usage of Rauwolfia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 59, 36.
- Williams, M. (1968) The measurement of memory in clinical practice. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 7, 19-34.
- Williams, R.J. (1960) The biological approach to the study of personality. Paper presented at the Berkeley Conference on Personality Development in Childhood. University of California, 5 May.
- Williams, R.J. and Kalita, D.K. (1977) *A Physician's Handbook on Orthomolecular Medicine*. Pergamon, New York.

## References

- Disorders: The Future of the Brain Sciences*. Spectrum Publications, Flushing, NY.
- Walters, G.C. and Grusec, J.E. (1977) *Punishment*. W.H. Freeman, San Francisco.
- Walton, D. and Black, D.A. (1957) The validity of a psychological test of brain damage. *British Journal of Medical Psychology*, 30, 270-9.
- Walton, D., White, J.G., Black, D.A. and Young, A.J. (1959) The Modified Word-Learning Test. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 213-20.
- Ward, C.H., Beck, A.T., Mendelson, M., Mock, J.E. and Erbaugh, J.K. (1962) The psychiatric nomenclature: reasons for diagnostic disagreement. *Archives of General Psychiatry*, 7, 198-205.
- Ward, J. (1919) Psychology. In *Encyclopaedia Britannica*, 9th edition. Volume 20. Encyclopaedia Britannica Co., London.
- Warren, W. (1973) Malnutrition and mental development. *Psychological Bulletin*, 80, 324-8.
- Watson, J.B. (1913) Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 158-78.
- Watson, J.B. (1914) *Behavior: an Introduction to Comparative Psychology*. Holt, New York.
- Watson, J.B. and Rayner, R. (1920) Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-22.
- Watson, R.I. (1953) A brief history of clinical psychology. *Psychological Bulletin*, 50, 321-46.
- Wechsler, D. (1945) A standardized memory scale for clinical use. *Journal of Psychology*, 19, 87-95.
- Wechsler, D. (1958) *The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence*. 4th edn. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Wechsler, H., Grosser, G.H. and Greenblatt, M. (1965) Research evaluating antidepressant medications on hospitalized mental patients: a survey of published reports during a five-year period. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 141, 231-9.
- Weckowicz, T.E. (1957) Size constancy in schizophrenic patients. *Journal of Mental Science*, 103, 475-86.
- Weckowicz, T.E. (1958) Autonomic activity as measured by the mecholyt test and size constancy in schizophrenic patients. *Psychosomatic Medicine*, 20, 66-71.
- Weckowicz, T.E. and Blewitt, D.B. (1959) Size constancy and abstract thinking in schizophrenic patients. *Journal of Mental Science*, 105, 909-34.
- Wegrocki, H.J. (1939) A critique of cultural and statistical concepts of abnormality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 34, 166-78.
- Weiner, H. (1978) The illusion of simplicity: the medical model revisited. *American Journal of Psychiatry*, 135, 27-33.
- Weiskott, G.N. (1974) Moon phases and telephone counseling calls. *Psychological Reports*, 35, 752-4.
- Weissman, M.M. (1975) The assessment of social adjustment: a review of techniques. *Archives of General Psychiatry*, 32, 357-65.

## References

- van Loon, F.H.G. (1927) Amok and lattaah. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 21, 434-44.
- van Loon, F.H.G. (1928) Protopathic instinctive phenomena in normal and pathologic Malay life. *British Journal of Medical Psychology*, 8, 264-76.
- van Praag, H.M. (1978) *Psychotropic Drugs: A Guide for the Practitioner*. Brunner/Mazel, New York.
- Vazuka, F.A. (1962) *Essentials of the Neurological Examination*. (Published in connection with the film of the same title.) Smith, Kline & French, Montreal.
- Veith, I. (1957) Psychiatric nosology: from Hippocrates to Kraepelin. *American Journal of Psychiatry*, 114, 385-91.
- Verebey, K., Volavka, J. and Clouet, D. (1978) Endorphins in psychiatry: an overview and a hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 35(7), 877-88.
- Verghese, A., Large, P. and Chiu, E. (1978) Relationship between body build and mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 132, 12-15.
- Vernon, J. (1963) *Inside the Black Room*. Poller, New York.
- Vetter, H. (1969) *Language Behavior and Psychopathology*. Rand McNally, Chicago.
- Viney, L. (1969) Self: the history of a concept. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 5(4), 349-59.
- Vockell, E.L., Felker, D.W. and Miley, C.H. (1973) Birth-order literature 1967-1972. *Journal of Individual Psychology*, 24, 39-53.
- von Baeyer, W. (1935) *The Genealogy of Psychopathic Swindlers and Liars*. Leipzig.
- von Bertalanffy, L. (1968) *Organismic Psychology and Systems Theory*. Clark University Press, Worcester, Mass.
- von Feuchtersleben, E.F. (1845) *Lehrbuch der ärztlichen Seelenkunde*. Carl Gerold, Vienna.
- Wagoner, R.A. (1960) Differences in response latency and response variability between high and low anxiety subjects in a flicker-fusion task. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 61, 355-9.
- Walker, J. (1913) The Montessori method of education. *Education Review*, 46, 300-7.
- Walker, R.N. (1962) *Body Build and Behavior in Young Children: I. Body Build and Nursery School Teachers' Ratings*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 27(3), Serial #84.
- Wallace, H.E.R. and Whyte, M.B.H. (1959) Natural history of the psychoneuroses. *British Medical Journal*, 1, 144-8.
- Waker, W.G. (1933) *The Living Brain*. W.W. Norton, New York.
- Walter, W.G. and Crow, H.J. (1964) Depth recording from the human brain. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 16, 68-72.
- Walter, W.G., Weinberg, H. and Cooper, R. (1973) The detection and analysis of electric brain events during expectancy and following feedback of information. In S. Bogoch (ed.) *Biological Diagnosis of Brain*



## References

- Frux, C.B. (1967) Translations and premature translations into practice. *International Journal of Psychiatry*, 3, 158-60.
- Truax, C.B. and Carkhuff, R.R. (1964) Significant developments in psychotherapy research. In L.E. Abt & B.F. Riess (eds.) *Progress in Clinical Psychology*. Grune & Stratton, New York.
- Truax, C.B. and Carkhuff, R.R. (1967) *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*. Aldine Publishing, Chicago.
- Turner, J.J. (1958) A syndrome of infantilism, congenital webbed neck, and cubitus valgus. *Endocrinology*, 23, 566-74.
- Tyhurst, J.S. (1962) The interview: talks to students. Mimeographed paper, Department of Psychiatry, University of British Columbia.
- Uchida, I.A. (1973) Paternal origin of the extra chromosome in Down's syndrome. *Lancet*, 2(7840), 1258.
- Uhlenhuth, E.H., Balter, M.D., Lipman, R.S., and Haberman, S.J. (1977) Remembering life events. In J.S. Strauss, H.M. Babigian & M. Roff (eds.) *The Origins and Course of Psychopathology: Methods of Longitudinal Research*. Plenum Press, New York.
- Uhlenhuth, E.H. and Paykel, E.S. (1973) Symptom configuration of life events. *Archives of General Psychiatry*, 28, 743.
- Uhlenhuth, E.H., Rickels, K., Fisher, S., Park, L.C., Lipman, R.S. and Mock, J. (1966) Drug, doctors' verbal attitude and clinic setting in the symptomatic response to pharmacotherapy. *Psychopharmacologia*, 9, 392-418.
- Ullmann, L.P. and Krasner, L. (1969) *A Psychological Approach to Abnormal Behavior*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- Underwood, B.J. and Viterna, R.O. (1951) Studies of distributed practice: IV. The effect of similarity and rate of presentation in verbal discrimination learning. *Journal of Experimental Psychology*, 42, 296-9.
- US Congress (1963) *Community Mental Health Centers Act of 1963*. US Government Printing Office, Washington, DC.
- US Congress (1965) *Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act Amendments of 1965*. US Government Printing Office, Washington, DC.
- US Congress (1967) *Mental Health Amendments of 1967*. US Government Printing Office, Washington, DC.
- US Congress (1970) *Community Mental Health Centers Amendments of 1970*. US Government Printing Office, Washington, DC.
- Vail, D.J. (1966) *Dehumanization and the Institutional Career*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Valenstein, E.S. (1973) *Brain Control*. John Wiley, New York.
- Valentine, M., Keddie, K.M.G. and Dunne, D. (1968) A comparison of techniques in electroconvulsive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 114, 989-96.
- van Dusen, W., Wilson, W., Miners, W. and Hook, H. (1966) Treatment of alcoholism with Lysergide. Pre-publication abstract. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, 534.

## References

- Thomas, A. and Sillen, S. (1972) *Racism and Psychiatry*. Brunner/Mazel, New York.
- Thomson, K.C. and Hendrie, H.C. (1972) Environmental stress in primary depressive illness. *Archives of General Psychiatry*, 26, 130.
- Thomson, P.G. (1965) A clinical formulation of conditions conducive to change in psychotherapy: Part III. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 10(3), 199-205.
- Thorndike, E.L. (1898) Animal intelligence: an experimental study of the associative processes in animals. *Psychological Review*, Monograph Supplement 2(8).
- Thorndike, E.L. (1908) A pragmatic substitute for free will. In *Essays in Honor of William James*. Longmans, Green; New York.
- Thorndike, E.L. (1911) *Animal Intelligence*. Macmillan, New York.
- Thorndike, E.L. (1913) *The psychology of learning*. Teachers College, New York.
- Thorne, F.C. and Nathan, P.E. (1969) The general validity of official diagnostic classification. *Journal of Clinical Psychology*, 25, 375-83.
- Thorne, F.C. and Pishkin, V. (1978) Diagnosing personality states. In B.B. Wolman (ed.) *Clinical Diagnosis of Mental Disorders: A Handbook*. Plenum Press, New York.
- Thouless, R.H. (1931a) Phenomenal regression to the real object: I. *British Journal of Psychology*, 21, 339-59.
- Thouless, R.H. (1931b) Phenomenal regression to the real object: II. *British Journal of Psychology*, 22, 1-30.
- Tiger, L. (1969) *Men in Groups*. Random House, New York.
- Titchener, E.B. (1921) *A Textbook of Psychology*. Macmillan, New York.
- Tjio, J.H. and Levan, A. (1956) The chromosome number in man. *Hereditas*, 42, 1-6.
- Tolman, E.C. (1920) Instinct and purpose. *Psychological Review*, 27, 218-33.
- Tolman, E.C. (1923) The nature of instinct. *Psychological Bulletin*, 20, 200-18.
- Tolman, E.C. (1932) *Purposive Behavior in Animals and Men*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Tolman, E.C. (1948) Cognitive maps in rats and men. *Psychological Bulletin*, 55, 189-208.
- Tooth, G.C. and Newton, M.P. (1961) *Leucotomy in England and Wales, 1942-1954*. Her Majesty's Stationery Office, London.
- Torrey, E.F. (1972) What western psychotherapists can learn from witchdoctors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42, 69-72.
- Traquair, H.M. (1949) *An Introduction to Clinical Perimetry*. 6th edn. Henry Kimpton, London.
- Trouton, D. and Eysenck, H.J. (1961) The effects of drugs on behavior. In H.J. Eysenck (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology: An Experimental Approach*. Basic Books, New York.
- Truax, C.B. (1962) Effective ingredients in psychotherapy: an approach to unraveling the patient-therapist interaction. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, St. Louis.

## References

- study of its effects on 350 patients over the ten years 1951-1960. *British Journal of Psychiatry*, 110, 609-40.
- Szasz, T.S. (1957) Some observations on the use of tranquilizing drugs. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 77, 86-92.
- Szasz, T.S. (1960) The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-18.
- Szasz, T.S. (1966) The psychiatric classification of behavior: a strategy of personal constraint. In L.D. Eron (ed.) *The Classification of Behavior Disorders*. Aldine Publishing, Chicago.
- Szasz, T.S. (1969) The crime of commitment: do we banish them to Bedlam for society's convenience? *Psychology Today*, 3, 55-7.
- Szondi, L. (1944) *Schicksalsanalyse*. Benno Schwabe, Basel.
- Szondi, L. (1947a) *Experimentelle Triebdiagnostik*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Szondi, L. (1947b) *Szondi Test (Testband)*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Taintor, Z. (1970) Birth order and psychiatric problems in boot camp. *American Journal of Psychiatry*, 126, 1604-10.
- Talland, G.A. (1965) *Deranged Memory: A Psychonomic Study of the Amnesic Syndrome*. Academic Press, New York.
- Tamerin, J.S., Weiner, S., Poppen, R., Steinglass, P. and Mendelson, J.H. (1971) Alcohol and memory: amnesia and short-term function during experimentally induced intoxication. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1659-64.
- Tanner, J.M. (1954) The reliability of anthropomorphic somatotyping. *American Journal of Physical Anthropology*, 12, 237.
- Tarjan, G., Tizard, J., Rutter, M., Begab, M., Brooke, E.M., de la Cruz, F., Lin, T.-Y., Montenegro, H., Strotzka, H. and Sartorius, N. (1972) Classification and mental retardation: issues arising from the Fifth WHO Seminar on Psychiatric Diagnosis, Classification and Statistics. *American Journal of Psychiatry*, 128(11), 34-45.
- Tarter, R.E., Templer, D.I. and Hardy, C. (1975) Reliability of the psychiatric diagnosis. *Diseases of the Nervous System*, 36, 30-1.
- Tasso, J. and Miller, E. (1976) The effects of the full moon on human behavior. *Journal of Psychology*, 93, 81-3.
- Tatum, A.L., Sievers, M.H. and Collins, K.H. (1929) Morphine addiction and its physiological interpretation based on experimental evidence. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapy*, 36, 447-75.
- Teuber, H.L. (1960) The premorbid personality and reaction to brain damage. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30(2), 322-9.
- Teuber, H.L., Battersby, W.S. and Bender, M.B. (1960) *Visual Field Defects after Penetrating Missile Wounds of the Brain*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Teuber, H.L., Milner, B. and Vaughan, H.G.Jr. (1968) Persistent anterograde amnesia after stab wound of the basal brain. *Neuropsychologia*, 6(3), 267-82.
- Tharp, R.G. and Wetzel, R.J. (1969) *Behavior Modification in the Natural Environment*. Academic Press, New York.

## References

- factors in short-term psychotherapy. *Australian Journal of Psychology*, 18, 210-17.
- Stout, G.F. (1899) *A Manual of Psychology*. Hinds, Noble & Eldredge, New York.
- Strauss, J.S. (1975) A comprehensive approach to psychiatric diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 132(11), 1193-7.
- Strauss, J.S. (1979) Social and cultural influences on psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 30, 397-415.
- Strupp, H.H. (1960) *Psychotherapists in Action*. Grune & Stratton, New York.
- Strupp, H.H. (1974) On the basic ingredients of psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 24, 249-60.
- Strupp, H.H. and Bergin, A.E. (1969) Some empirical and conceptual bases for coordinating research in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 7, 18-90.
- Strupp, H.H. and Bloxom, A.L. (1973) Preparing lower-class patients for group psychotherapy: development of a role induction film. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 373-84.
- Strupp, H.H. and Hadley, S.W. (1977) A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes with specific reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32(3), 187-96.
- Strupp, H.H. and Williams, J.V. (1960) Some determinants of clinical evaluations of different psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 2, 434-40.
- Subotnik, L. (1969) 'Spontaneous remission' of emotional disturbance in a general medical practice. Paper presented at the Annual Convention of the Western Psychological Association, Vancouver.
- Subotnik, L. (1972) Spontaneous remission: fact or artifact? *Psychological Bulletin*, 77(1), 32-48.
- Suinn, R.M. (1970) *Fundamentals of Behavior Pathology*. John Wiley, New York.
- Sullivan, H.S. (1953) *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. (Edited by H.S. Perry and M.L. Gawel.) W.W. Norton, New York.
- Sundberg, N.D. and Tyler, L.E. (1962) *Clinical psychology*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Sutton, J.M.Jr. and McIntire, W.G. (1977) Relationship of ordinal position and sex to neuroticism in adults. *Psychological Reports*, 41, 843-6.
- Swanson, D. and Stipes, A. (1969) Psychiatric aspects of Klinefelter's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 126(6), 814-22.
- Swets, J.A. (ed.) (1964) *Signal Detection and Recognition by Human Observers*. John Wiley, New York.
- Swets, J.A., Tanner, W.P.Jr. and Birdsall, T.G. (1961) Decision processes in perception. *Psychological Review*, 68, 301-40.
- Sydenstricker, V.P. and Cleckley, H.M. (1941) The effect of nicotinic acid in stupor, lethargy and other psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 98, 83-90.
- Sykes, M.K. and Tredgold, R.F. (1964) Restricted orbital undercutting: a

## References

- Srole, L. (1968) Medical and sociological models in assessing mental health. In S.B. Sells (ed.) *The Definition and Measurement of Mental Health*. US Department of Health, Education, and Welfare, Washington, D.C.
- Stalker, H. (1938) Double vertebral compression fracture from convulsion therapy. *Lancet*, 2, 1172-3.
- Stampfl, T.G. (1975) Implosive therapy: staring down your nightmares. *Psychology Today*, 8(9), 66-73.
- Stampfl, T.G. and Levis, D.J. (1967) The essentials of implosive therapy: a learning-theory based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496-503.
- Stampfl, T.G. and Levis, D.J. (1968) Implosive therapy: a behavioral therapy? *Behavior Research and Therapy*, 6, 31-6.
- Stampfl, T.G. and Levis, D.J. (1973) *Implosive Therapy: Theory and Technique*. General Learning Press, New Jersey.
- Statistics Canada (1974) *Manual for the Classification of Psychiatric Diagnoses: based on the International Classification of Diseases*, Adapted (ICDA-8). Information Canada, Ottawa.
- Staudt, V. and Zubin, J. (1957) A biometric evaluation of the somatotherapies in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 54, 171-96.
- Stein, L. and Wise, C.D. (1971) Possible etiology of schizophrenia: progressive damage to the noradrenergic reward system by 6-hydroxydopamine. *Science*, 71, 1032-6.
- Stene, J., Fischer, G., Mikkelsen, M. and Petersen, E. (1977) Paternal age effect on Down's syndrome. *Annals of Human Genetics*, 46, 299-306.
- Stengel, E. (1941) On the aetiology of the fugue states. *Journal of Mental Science*, 87, 572-89.
- Stengel, E. (1943) Further studies on pathological wandering (fugues with the impulse to wander). *Journal of Mental Science*, 89, 224-41.
- Stengel, E. (1964) *Suicide and Attempted Suicide*. Penguin, Baltimore.
- Stephenson, W. (1953) *The Study of Behavior*. University of Chicago Press, Chicago.
- Stern, R.S. and Cobb, J.P. (1978) Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 132, 233-9.
- Sternbach, R.A. (1971) Psychosomatic diseases. In G.D. Shean (ed.) *Studies in Abnormal Behavior*. Rand McNally, Chicago.
- Stevens, S.S. (1951) Mathematics, measurement and psychophysics. In S.S. Stevens (ed.) *Handbook of Experimental Psychology*. John Wiley, New York.
- Stevenson, I. (1974) The psychiatric interview. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Stewart, W.A. (1967) *Psychoanalysis: The First 10 Years*. Macmillan, New York.
- Sterlin, H. (1967) Bleuler's concept of schizophrenia: a confusing heritage. *American Journal of Psychiatry*, 123, 996-1001.
- Stoller, F.H. (1968) Marathon group therapy. In G.M. Gazda (ed.) *Innovations in Group Psychotherapy*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Stone, A.R., Imber, S.D. and Frank, J.D. (1966) The role of non-specific

## References

- Socarides, R. Green & R.L. Spitzer, A Symposium: Should Homosexuality be in the APA Nomenclature? *American Journal of Psychiatry*, 130(11), 1207-16.
- Spitzer, R.L., Burdick, E.I. and Hardesty, A.S. (1964) *Mental Status Schedule*. Biometrics Research Unit, New York State Psychiatric Institute.
- Spitzer, R.L. and Endicott, J. (1976) Proposed definition of medical and mental disorder for DSM-III. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Anaheim, California.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., Cohen, J. and Fleiss, J.L. (Unpublished) Constraints on the validity of computer diagnosis.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., Fleiss, J.L. and Cohen, J. (1970) The Psychiatric Status Schedule. *Archives of General Psychiatry*, 23, 41-55.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., Mesnikoff, A. and Cohen, J. (1967-1968) *Psychiatric Evaluation Form: Diagnostic Version*. Biometric Research Unit, New York State Psychiatric Institute, New York.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. and Robbins, E. (1975) Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 132(11), 1187-92.
- Spitzer, R.L. and Fleiss, J.L. (1974) A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 125, 341-7.
- Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., Endicott, J. and Cohen, J. (1967) Mental Status Schedule: properties of factor analytically derived scales. *Archives of General Psychiatry*, 16, 479-93.
- Spitzer, R.L., and Forman, J.B.W. (1979) DSM-III field trials: II. Initial experience with the multi-axial system. *American Journal of Psychiatry*, 136(6), 818-20.
- Spitzer, R.L., Forman, J.B.W. and Nec, J. (1979) DSM-III field trials: I. Initial interrater diagnostic reliability. *American Journal of Psychiatry*, 136, 815-17.
- Spitzer, R.L., Sheehy, M. and Endicott, J. (1977) DSM-III: guiding principles. In V.M. Rakoff, H.C. Stancer & H.B. Kedward (eds.) *Psychiatric Diagnosis*. Brunner/Mazel, New York.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B. and Skodol, A.E. (1980) DSM-III: the major achievements and an overview. *American Journal of Psychiatry*, 137(2), 151-64.
- Spitzer, R.L. and Wilson, P.T. (1968) A guide to the American Psychiatric Association's new diagnostic nomenclature. *American Journal of Psychiatry*, 124(12), 1619-29.
- Spitzer, R.L. and Wilson, P.T. (1975) Classification in psychiatry: nosology and the official psychiatric nomenclature. In A.M. Freeman, H.I. Kaplan & B.J. Sadock (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, II. 2nd edn. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Squire, L.R. (1975) A stable impairment in remote memory following electroconvulsive therapy. *Neuropsychologia*, 13, 51-8.
- Squire, L.R. and Chace, P.M. (1975) Memory functions six to nine months after electroconvulsive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1557-64.

## References

- Smith, J.S. and Kiloh, L.G. (1977) *Psychosurgery and Society*: Symposium Organised by the Neuropsychiatric Institute, Sydney, 26-27 September 1974. Pergamon Press, Oxford.
- Smith, L.H., Hughes, J., Hastings, D.W. and Alpers, B.J. (1942) Electroshock treatment in the psychoses. *American Journal of Psychiatry*, 98, 558-61.
- Smith, M.B. (1950) The phenomenological approach in personality theory: some critical remarks. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 45, 516-22.
- Smith, M.B. and Hobbs, N. (1966) The community and the community mental health center. *American Psychologist*, 21, 499-509.
- Snow, C.E. and Hoefnagel-Hohl, M. (1978) The critical period for language acquisition: evidence from second language learning. *Child Development*, 49(4), 1114-28.
- Snyder, S.H. (1976) The dopamine hypothesis of schizophrenia: focus on the dopamine receptor. *American Journal of Psychiatry*, 133, 197-202.
- Snyder, S.H. (1977) The brain's own opiates. *Clinical and Experimental Neurology*, 26-35.
- Snygg, D. and Gqmb, A.W. (1949) *Individual Behavior*. Harper & Row, New York.
- Solomon, R.L. (1964) Punishment. *American Psychologist*, 19, 239-55.
- Sommer, R. (1969) *Personal Space: The Behavioral Basis of Design*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Spence, D.P. and Bressler, J. (1962) Subliminal activation of conceptual associates: a study of 'rational' preconscious thinking. *Journal of Personality*, 30, 89-105.
- Spence, K.W. (1936) The nature of discrimination learning in animals. *Psychological Review*, 43, 427-49.
- Spence, K.W. (1951) Theoretical interpretations of learning. In S.S. Stevens (ed.) *Handbook of Experimental Psychology*. John Wiley, New York.
- Spiegel, E.A., Wycis, H.T. and Freed, H. (1949) Thalatomy: neuropsychiatric aspects. *New York State Journal of Medicine*, 49, 2273-4.
- Spiegel, E.A., Wycis, H.T., Marks, M. and Lee, A.J. (1947) Stereotaxic apparatus for operations on the human brain. *Science*, 106, 349-50.
- Spies, T. (1935) Nutrition and disease, pellagrous psychosis. *Postgraduate Medical Journal*, 17, 70.
- Spitz, R.A. (1945) Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Spitz, R.A. (1946) Hospitalism: a follow-up report. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113-17.
- Spitz, R.A. and Wolf, K.M. (1946) Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood: I. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-42.
- Spitzer, R.L. (1973) A proposal about homosexuality and the APA nomenclature: homosexuality as an irregular form of sexual development and sexual orientation disturbance as a psychiatric disorder. In R.J. Stoller, J. Marmon, I. Bieber, R. Gold, C.W.

## References

- experimental approach to psychiatric diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement 201.
- Sherrington, C.S. (1900) In E.A. Shafer (ed.) *Textbook of Physiology*. Pentland, Edinburgh. (Cited by R. Melzack & P.D. Wall (1965) Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971-9.)
- Shoben, E.J. Jr. (1953) Some observations on psychotherapy and the learning process. In O.H. Mowrer (ed.) *Psychotherapy: Theory and Research*. Ronald Press, New York.
- Shoichet, R.P. and Oakley, A. (1978) Notes on the treatment of anhedonia. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 23, 487-92.
- Shurley, J.T. (1963) The hydro-hypodynamic environment. In *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry*. Vol. 3. University of Toronto Press, Toronto.
- Siegel, R.K. (1977) Hallucinations. *Scientific American*, 237(4), 132-40.
- Sills, F.D. (1950) A factor analysis of somatotypes and their relationship to achievement in motor skills. *Research Quarterly*, 21, 424-37.
- Silverstone, T. and Turner, P. (1978) *Drug Treatment in Psychiatry*. 2nd edn. Routledge & Kegan Paul, London.
- Simmel, M.L. (1956) Phantoms in patients with leprosy and in elderly digital amputees. *American Journal of Psychology*, 69, 529-45.
- Simpson, G.M., Amin, M., Angus, J.W., Edwards, J.G., Go, S.H. and Lee, H.J. (1972) Role of antidepressants and neuroleptics in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 27, 337-45.
- Singer, B.D. (1967) Some implications of differential psychiatric treatment of negro and white patients. *Social Science and Medicine*, 1, 77-83.
- Sisler, G.C. (1967) The concept - 'paranoid'. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 12, 183-7.
- Skinner, B.F. (1938) *The Behavior of Organisms*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Skinner, B.F. (1953) *Science and Human Behavior*. Macmillan, New York.
- Skinner, B.F. (1954) The science of learning and the art of teaching. *Harvard Educational Review*, 24, 86-97.
- Skinner, B.F. (1960) Pigeons in a pelican. *American Psychologist*, 15, 28-37.
- Skinner, B.F. (1969) *Contingencies of Reinforcement: a Theoretical Analysis*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Slavson, S.R. (1943) *An Introduction to Group Therapy*. The Commonwealth Fund, New York.
- Smart, R.G. (1968) LSD: problems and promise. *Canada's Mental Health*, Supplement #57.
- Smart, R.G. and Bateman, K. (1967) Unfavorable reactions to LSD: a review and analysis of the available case reports. *Canadian Medical Association Journal*, 97, 1214-21.
- Smart, R.G., Storm, F., Baker, E.F.W. and Solursh, L. (1967) *Lysergic Acid Diethylamide in the Treatment of Alcoholism*. University of Toronto Press, Toronto, Ont.
- Smith, G.F. and Berg, J.M. (1976) *Down's Anomaly*. Churchill Livingstone, New York.



## References

- Seligman, M.E.P. and Maier, S.F. (1967) Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Selye, H. (1936) A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 12.
- Selye, H. (1950) *Stress: The Physiology and Pathology of Exposure to Stress*. Acta, Montreal.
- Selye, H. (1952) *The Story of the Adaptation Syndrome*. Acta, Montreal.
- Selye, H. (1955) Stress and disease. *Science*, 122, 625.
- Selye, H. (1974) *Stress without Distress*. McClelland & Stewart, Toronto.
- Semmes, J., Weinstein, S., Ghent, L. and Teuber, H.L. (1963) Correlates of impaired orientation in personal and extrapersonal space. *Brain*, 86, 747-72.
- Shaffer, L.F. (1936) *The Psychology of Adjustment: An Objective Approach to Mental Hygiene*. Houghton Mifflin, New York.
- Shaffer, L.F., Gilmer, B. and Schoen, M. (1940) *Psychology*. Harper & Bros., New York.
- Shagass, C. (1972) Experimental neurosis. In A.M.Freedman & H.I. Kaplan (eds.) *Human Behavior: Biological, Psychological and Sociological*. Atheneum, New York.
- Shakow, D. (1963) Psychological deficit in schizophrenia. *Behavioral Science*, 8, 275-305.
- Shakow, D. (1968) The role of classification in the development of the science of psychopathology with particular reference to research. In M.M. Katz, J.O. Cole & W.E. Barton (eds.) *The Role and Methodology of Classification in Psychiatry and Psychopathology*. US Department of Health, Education and Welfare, Washington, DC.
- Shapiro, M. and Ravenette, E. (1959) A preliminary experiment on paranoid delusions. *Journal of Mental Science*, 105, 295-312.
- Sharpe, L., Gurland, B.J., Fleiss, J.L., Kendell, R.E., Cooper, J.E. and Copeland, J.R.M. (1974) Comparison of American, Canadian and British psychiatrists in their diagnostic concepts. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 19, 235-45.
- Sharpless, S. and Jasper, H. (1956) Habituation of the arousal reaction. *Brain*, 79, 655-80.
- Sheldon, W.H., Dupertuis, C.W. and McDermott, E. (1954) *Atlas of Men: a Guide for Somatotyping the Adult Male at all Ages*. Harper & Row, New York.
- Sheldon, W.H., Harcl, E.M. and McDermott, E. (1949) *Varieties of Delinquent Youth*. Harper & Row, New York.
- Sheldon, W.H. and Stevens, S.S. (1942) *Varieties of Temperament: a Psychology of Constitutional Differences*. Harper & Row, New York.
- Sheldon, W.H., Stevens, S.S. and Tucker, W.B. (1940) *The Varieties of Human Physique: An Introduction to Constitutional Psychology*. Harper & Row, New York.
- Shelly, J.A. and Bassin, A. (1965) Daytop Lodge: a new treatment approach for drug addicts. *Corrective Psychiatry and Journal of Social Therapy*, 11, 186-95.
- Shepherd, M., Brooke, E.M., Cooper, J.E. and Lin, T.-Y. (1968) An

## References

- Schafer, R. (1968) The mechanisms of defence. *International Journal of Psychoanalysis*, 49(1), 49-62.
- Schlossberg, H. (1954) Three dimensions of emotion. *Psychological Review*, 61, 81-8.
- Schmidt, H.O. and Fonda, C.P. (1956) The reliability of psychiatric diagnoses: a new look. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 262-7.
- Schmitt, R.C. (1957) Density, delinquency, and crime in Honolulu. *Sociology and Social Research*, 41, 274-6.
- Schmitt, R.C. (1963) Implications of density in Hong Kong. *Journal of the American Institute of Planners*, 29, 210-17.
- Schneider, K. (1925) Zwangszustände in Schizophrenie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 74, 93-107.
- Schneider, K. (1930) *Psychologie der Schizophrenen*. Thieme, Leipzig.
- Schneider, K. (1934) *Die Psychopathischen Persönlichkeiten*. Franz Deuticke, Leipzig.
- Schneider, K. (1958) *Klinische Psychopathologie*. 5th edn. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. (Also published as 'Clinical Psychology' (Translated by M.W. Hamilton) Grune & Stratton, New York. 1959.)
- Schofield, W. (1964) *Psychotherapy: the Purchase of Friendship*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Schorer, E.E., Lowinger, P., Sullivan, T. and Hartlaub, G.H. (1968) Improvement without treatment. *Diseases of the Nervous System*, 29, 100-4.
- Schorr, A.L. (1963) *Slums and social insecurity*. Department of Health, Education and Welfare, Washington.
- Schulman, J.L., Kaspar, J.C. and Throne, F.M. (1965) *Brain Damage and Behavior: A Clinical-Experimental Study*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Schultz, D. (1976) *Theories of Personality*. Brooks/Cole, Monterey, Calif.
- Schur, M. (1966) The id and the regulatory principles of mental functioning. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, Monograph Series, 4, 1-220.
- Schwitzgebel, R.K. and Kolb, D.A. (1974) *Changing Human Behavior: Principles of Planned Intervention*. McGraw-Hill, New York.
- Scott, J.P. (1958) Critical periods in the development of social behavior in puppies. *Psychosomatic Medicine*, 20, 42-54.
- Scott, J.P. (1962) Critical periods in behavior development: critical periods determine the direction of social, intellectual, and emotional development. *Science*, 138(3544), 949-58.
- Scott, W.A. (1958) Research definitions of mental health and mental illness. *Psychological Bulletin*, 55, 29-45.
- Scott, W.A. (1968) Conceptions of normality. In E. Borgatta & W. Lambert (eds.) *Handbook of Personality Theory and Research*. Rand McNally, Chicago.
- Scoville, W.B. (1968) Amnesia after bilateral medial temporal lobe excision: introduction to case H.M. *Neuropsychologia*, 6, 211-13.
- Seligman, M.E.P. (1975) *Helplessness*. W.H. Freeman, San Francisco.

## References

- inadequate, passive-aggressive, paranoid, dependent. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Sanborn, D.E., Casey, T.M. and Niswander, G.D. (1970) Suicide: seasonal patterns and related variables. *Diseases of the Nervous System*, 31(10), 702-4.
- Sandifer, M.G., Hordern, A. and Green, L.M. (1970) The psychiatric interview: the impact of the first three minutes. *American Journal of Psychiatry*, 126, 968-73.
- Sandifer, M.G., Hordern, A., Timbury, G.C. and Green, L.M. (1968) Psychiatric diagnosis: a comparative study in North Carolina, London and Glasgow. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1-9.
- Sandifer, M.G., Hordern, A., Timbury, G.C. and Green, L.M. (1969) Similarities and differences in patient evaluation by US and U.K. psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 126, 206-12.
- Sandifer, M.G., Pettus, C. and Quade, D. (1964) A study of psychiatric diagnoses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 139, 350-6.
- Santostefano, S. and Stayton, S. (1967) Training the preschool retarded child in focussing attention: a program for parents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 37, 732-43.
- Sarason, I.G. (1972) *Abnormal Psychology: The Problem of Maladaptive Behavior*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Sarbin, T.R. (1967) The concept of hallucination. *Journal of Personality*, 35, 359-80.
- Sarbin, T.R. and Juhasz, J.B. (1967) The historical background of the concept of hallucination. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 3(4), 339-58.
- Sargent, W., Slater, E. and Kelly, D. (1972) *An introduction to physical methods of treatment in psychiatry*. 5th edn. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Sasaki, M. and Hara, Y. (1973) Paternal origin of the extra chromosome in Down's syndrome. *Lancet*, 2(7840), 1257-8.
- Satir, V. (1964) *Conjoint Family Therapy*. Science & Behavior Books, Palo Alto.
- Schacht, T. and Nathan, P.E. (1977) But is it good for the psychologists? Appraisal and status of DSM-III. *American Psychologist*, 32, 1017-24.
- Schacter, S. (1959) *The Psychology of Affiliation*. Stanford University Press, Stanford.
- Schacter, S. (1963) Birth order, eminence and higher education. *American Sociological Review*, 28, 757-68.
- Schacter, S. and Singer, J.E. (1962) Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69(5), 379-99.
- Schaefer, E.S. and Aaronson, M. (1974) Infant education research project: implementation and implication of a home tutoring program. Mimeographed manuscript. Cited by J.R. Bemporad 'Cognitive development'. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.

## References

- study of the reliability of the mental status examination. *American Journal of Psychiatry*, 117, 1102-8.
- Rosenzweig, S. (1943) An experimental study of 'repression' with special reference to need-persistent and ego-defensive reactions to frustration. *Journal of Experimental Psychology*, 32, 64-74.
- Rosenzweig, S. (1944) Frustration theory. In J. McV. Hunt (ed.) *Personality and the Behavior Disorders*. The Ronald Press, New York.
- Rosenzweig, S. (1954) A transvaluation of psychotherapy: a reply to Hans Eysenck. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 298-304.
- Ross, A.O. (1974) *Psychological Disorders of Children: A Behavioral Approach to Theory, Research and Therapy*. McGraw-Hill, New York.
- Ross, A.O. and Lacey, H.M. (1961) Characteristics of terminators and remainders in child guidance treatment. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 420-4.
- Rothschild, D. (1945) Senile psychoses and psychoses with cerebral arteriosclerosis. In O.J. Kaplan (ed.) *Mental Disorders in Later Life*. Stanford University Press, Stanford, California.
- Rotter, J.B. and Rafferty, J.E. (1953) Rotter incomplete sentences blank. In A. Weider (ed.) *Contributions toward Medical Psychology*. Vol. 2. Ronald Press, New York.
- Royal College of Psychiatrists (1977) Memorandum on the use of electroconvulsive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 131, 261-72.
- Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency (1957) Command 169. Her Majesty's Stationery Office, London.
- Ruesch, J. and Bateson, G. (1951) *Communication: The Social Matrix of Psychiatry*. W.W. Norton, New York.
- Russell, J.A. and Mehrabian, A. (1977) Evidence for a three-factor theory of emotions. *Journal of Research in Personality*, 11(3), 273-94.
- Russell, W.R. (1948) Functions of the frontal lobes. *Lancet*, 126(1), 356-60.
- Russell, W.R. and Smith, A. (1961) Post-traumatic amnesia in closed head injury. *Archives of Neurology*, 5, 4-17.
- Rutter, M., Lebovici, S., Eisenberg, L., Sneznevskij, A.V., Sadoun, R., Brooke, E. and Lin, T.-Y. (1969) A tri-axial classification of mental disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10, 41-61.
- Rutter, M., Shaffer, D. and Shepherd, M. (1973) An evaluation of the proposal for a multi-axial classification of child psychiatric disorders: preliminary communication. *Psychological Medicine*, 3, 244-30.
- Rychlak, J.F. (1974) The personality. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol. 1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Salter, A. (1949) *Conditioned Reflex Therapy*. Farrar, Straus, New York.
- Salzman, L. (1973) Changing styles in psychiatric syndromes: historical overview. *American Journal of Psychiatry*, 130(2), 147-9.
- Salzman, L. (1974) Other character-personality syndromes: schizoid,

## References

- Service Publication #1254. US Department of Health, Education and Welfare, Washington, DC.
- Rioch, M.J., Elkes, C., Flint, A.A., Usdansky, B.S., Newman, R.G. and Silber, E. (1963) National Institute of Mental Health pilot study in training mental health counselors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, 678-89.
- Roback, A.A. (1927) *The Psychology of Character*. SciArt Press, Cambridge, Mass.
- Roeder, F. and Muller, D. (1969) The stereotaxic treatment of paedophilic homosexuality. *German Medical Monthly*, 14, 265-71.
- Rogers, C.R. (1951) *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Houghton Mifflin, Boston.
- Rogers, C.R. (1959) A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (ed.) *Psychology: A Study of a Science*. Vol.3. McGraw-Hill, New York.
- Rogers, C.R. (1961) *On Becoming a Person*. Houghton Mifflin, Boston.
- Rogerson, C.H., Hardcastle, D.H. & Duguid, K. (1935) A psychological approach to the problem of asthma and the asthma-eczema-prurigo syndrome. *Guy's Hospital Reports*, 85, 289-308.
- Rome, H.P., Mataya, P., Pearson, J.S., Swenson, H.M., and Brannick, T.L. (1965) Automatic personality assessment. In R.W. Stacy and B. Waxman (eds.) *Computers in Biomedical Research*. Vol.1. Academic Press, New York.
- Rome, H.P., Swenson, W.M., Mataya, P., McCarthy, C.E., Pearson, J.S. and Keating, R.F. (1962) Symposium on automation techniques in personality assessment. *Proceedings of the Mayo Clinic*, 37, 61-82.
- Rorschach, H. (1942) *Psychodiagnostics*. Verlag Hans Huber, Berne.
- Rosen, E., Fox, R.E. and Gregory, I. (1972) *Abnormal Psychology*. 2nd edn. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Rosenhan, D.L. (1973) On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-7.
- Rosenthal, D. (1970) *Genetic Theory and Abnormal Behavior*. McGraw-Hill, New York.
- Rosenthal, R. (1967) Covert communication in the psychological experiment. *Psychological Bulletin*, 67, 356-67.
- Rosenthal, R.H. and Allen, T.W. (1978) The examination of attention, arousal, and learning dysfunctions of hyperkinetic children. *Psychological Bulletin*, 85, 689-715.
- Rosenthal, S.H. (1964) Persistent hallucinations following repeated administration of hallucinogenic drugs. *American Journal of Psychiatry*, 121, 238-44.
- Rosenthal, S.H. and Gudeman, J.E. (1967) The endogenous depressive pattern. *Archives of General Psychiatry*, 16, 241-9.
- Rosenwald, A.K. (1974) The psychological examination. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Rosenzweig, N., Vandenberg, S.G., Moore, K. and Dukay, A. (1961) A

## References

- Raush, H.L. (1952) Perceptual constancy in schizophrenia: I. size constancy. *Journal of Personality*, 21, 176-87.
- Razran, G.H.S. (1935) Conditioned responses: an experimental study and a theoretical analysis. *Archives of Psychology*, 28, #191.
- Rees, L. (1961) Constitutional factors and abnormal behavior. In H.J. Eysenck (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology: An Experimental Approach*. Basic Books, New York.
- Rees, L. (1964) The importance of psychological, allergic and infective factors in childhood asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 7, 253-62.
- Rees, W.L. (1973) The value and limitations of psychosurgery in the treatment of psychiatric illness. *Psychiatry, Neurologia, Neurochirurgia* (Amsterdam), 76, 323-34.
- Registrar General (1968) *British Glossary of Mental Disorders based on the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* (1965, 8th rev.). Prepared by the Sub-Committee on Classification of Mental Disorders of the Registrar General's Advisory Committee on Medical Nomenclature and Statistics. Studies on Medical and Population Subjects No.22. Her Majesty's Stationery Office, London.
- Reich, W. (1949) *Character Analysis*. 3rd edn. (T. Wolfe, translator.) Orgone Institute Press, New York.
- Reich, W. (1953) *Character analysis*. Orgone Institute Press, New York.
- Reitan, R.M. (1955) An investigation of the validity of Halstead's measures of biological intelligence. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 73, 28-35.
- Reitan, R.M. and Davison, L. (1974) *Clinical Neuropsychology: Current Status and Application*. Winston, Washington, DC.
- Reymert, M.L. (1950) Introduction. In M.L. Reymert (ed.) *Feelings and emotions: The Mooseheart Symposium*. McGraw-Hill, New York.
- Rheingold, H.L. and Bayley, N. (1959) The later effects of an experimental modification of mothering. *Child Development*, 30, 363-72.
- Ricciuti, H.N. (1948) Comparison of critical flicker frequency in psychotics, psychoneurotics and normals. *American Psychologist*, 3, 276-7.
- Rice, L.N. (1965) Therapist's style of participation and case outcome. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 155-60.
- Rich, A.R. and Schroeder, H.E. (1976) Research issues in assertiveness training. *Psychological Bulletin*, 83(6), 1081-96.
- Richards, R. (1976) Depression: a conceptual analysis and attempt at quantification. Unpublished M.A. thesis: Simon Fraser University.
- Rickles, N.K. (1955) Exhibitionism. *Journal of Social Therapy*, 1, 168-81.
- Riese, W. (1959) *A History of Neurology*. MD Publications, New York.
- Rimland, B. (1964) *Infantile Autism*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Rimm, D.C. and Masters, J.C. (1974) *Behavior Therapy: Techniques and Empirical Findings*. Academic Press, New York.
- Rioch, M.J. (1966) Changing concepts in the training of psychotherapists. *Journal of Consulting Psychology*, 30, 290-2.
- Rioch, M.J., Elkes, C. and Flint, A.A. (1965) *National Institute of Mental Health Pilot Project in Training Mental Health Counselors*. Public Health

## References

- Prichard, J.C. (1835) *Treatise on Insanity*. Sherwood Gilbert & Piper, London.
- Prichard, J.C. (1837) *A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*. Haswell, Barrington & Haswell, Philadelphia.
- Prochaska, J.O. (1979) *Systems of Psychotherapy: A Trans-theoretical Analysis*. The Dorsey Press, Homewood, Ill.
- Purves-Stewart, J. and Worster-Drought, C. (1952) *The Diagnosis of Nervous Disease*. 10th edn. Edward Arnold, London.
- Rabkin, J.G. and Struening, E.L. (1976) Life events, stress and illness. *Science*, 194, 1013-20.
- Rachman, S. (1969) Treatment by prolonged exposure to high intensity stimulation. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 295-302.
- Rachman, S.J. (1978) *Fear and courage*. W.H. Freeman, San Francisco.
- Rahe, R.H. (1968) Life change measurement as a predictor of illness. *Proceedings Res. Soc. Med.*, 61, 1124.
- Rahe, R.H., Mahan, J., Arthur, R.J. and Gunderson, E.K.E. (1970) Epidemiology of illness in naval environments: I. Illness types, distribution, severities, and relationship to life change. *Military Medicine*, 135, 443-52.
- Raines, G.N. and Rohrer, J.H. (1955) The operational matrix of psychiatric practice: I. Consistency and variability in interview impressions of different psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 111, 721-33.
- Rakoff, V.M., Stancer, H.C. and Kedward, H.B. (eds.) (1977) *Psychiatric Diagnosis*. Brunner/Mazel, New York.
- Rank, O. (1929) *The Trauma of Birth*. Harcourt, Brace & World, New York.
- Rapaport, D. (1951) The autonomy of the ego. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 15, 113-29.
- Rapaport, D., Gill, M.M. and Schafer, R. (1968) *Diagnostic Psychological Testing*. Rev. edn.: R.R. Holt (ed.). International Universities Press, New York.
- Rapaport, R. (1960) *Community as Doctor: New Perspectives on a Therapeutic Community*. Tavistock, London.
- Rapaport, R. (1962) The state of crisis: some theoretical considerations. *Social Service Review*, 36, #2.
- Rapaport, J.R. (1974) Antisocial behavior. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Raschid, M.S. (1967) The nature of mental illness: recent concepts of schizophrenia. Paper presented at the Seventh International Congress of Psychotherapy, Wiesbaden, 21-6 August.
- Raskin, N. and Ehrenber, R. (1956) Senescence, senility and Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 113, 133-6.
- Rathus, S.A. (1973) A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.

## References

- Piaget, J. (1926) *The Language and Thought of The Child*. Translated by M. Warden. Routledge & Kegan Paul, London.
- Pincus, J.H. and Glaser, G.H. (1966) The syndrome of minimal brain damage in childhood. *New England Journal of Medicine*, 275, 27-35.
- Pine, F. (1964) The bearing of psychoanalytic theory on selected issues in research on marginal stimuli. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 138, 205-22.
- Pinel, P. (1806) *A treatise on insanity, in which are contained the principles of a new and more practical nosology of maniacal disorders than has yet been offered to the public, exemplified by numerous and accurate historical relations of cases from the author's public and private practice: with plates illustrative of the craniology of maniacs and idiots*. (Translated from the French by D.D. Davis.) Cadell & Davies, London.
- Pokorny, A.D. (1968) Moon phases and mental hospital admissions. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6, 325-7.
- Pokorny, A.D., Davis, A. and Harberson, W. (1963) Suicide, suicide attempts and weather. *American Journal of Psychiatry*, 120, 337-81.
- Pokorny, A.D. and Mefferd, R.B. (1966) Geomagnetic fluctuations and disturbed behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 143, 140-51.
- Pollak, J.M. (1979) Obsessive-compulsive personality: a review. *Psychological Bulletin*, 86(2), 225-41.
- Pool, J.L. (1949) Topectomy: a surgical procedure for the treatment of mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 110, 164.
- Pope, B. and Scott, W.H. (1967) *Psychological Diagnosis in Clinical Practice with Applications in Medicine, Law, Education, Nursing, and Social Work*. Oxford University Press, New York.
- Pope, K.S., Geller, J.D. and Wilkinson, L. (1975) Fee assessment and outpatient psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 835-41.
- Pos, R. (1965) The sensory underload syndrome - a hypothesis. *Canada's Mental Health*, 13, 7-10.
- Pos, R., Rzadki, E.J., McElroy, J.F. and Doyle, F.J. (1967) Research into the information underload (sensory deprivation) hypothesis of mental illness: preliminary report. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 12, 135-45.
- Post, F., Rees, W.L. and Schurr, P.H. (1968) An evaluation of bimodal leucotomy. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1223-46.
- Postman, L. (1947) The history and present status of the law of effect. *Psychological Bulletin*, 44, 489-563.
- Postman, L., Bruner, J.S. and McGinnies, E. (1948) Perceptual values as selective factors in perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 43, 142-54.
- Premack, D. (1965) Reinforcement theory. In D. Levine (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation: 1965*. University of Nebraska Press, Lincoln.
- Premack, D. (1971) Catching up with common sense or two sides of a generalization: reinforcement and punishment. In R. Glaser (ed.) *The Nature of Reinforcement*. Academic Press, New York.



- Pastore, N. (1950) A neglected factor in the frustration-aggression hypothesis: a comment. *Journal of Psychology*, 29, 271-9.
- Pastore, N. (1952) The role of arbitrariness in the frustration-aggression hypothesis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 728-32.
- Patterson, D.G. (1930) *Physique and Intellect*. Century, New York.
- Patterson, G.R., Jones, R., Whittier, J. and Wright, M.A. (1965) A behavior modification technique for the hyperactive child. *Behavior Research and Therapy*, 2, 217-26.
- Pauling, L. (1968) Orthomolecular psychiatry. *Science*, 160, 265-71.
- Pauling, L. (1973) Preface. In D. Hawkins & L. Pauling (eds.) *Orthomolecular Psychiatry: Treatment of Schizophrenia*. W.H. Freeman, San Francisco.
- Pauling, L. (1974) On the orthomolecular environment of the mind: orthomolecular theory. *American Journal of Psychiatry*, 131(11), 1251-7.
- Pavlov, I.P. (1927) *Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. Translated and edited by G.V. Anrep. Oxford University Press, London.
- Pavlov, I.P. (1928) *Lectures on conditioned reflexes*. Translated by W.H. Gantt. International Publishers, New York.
- Paykel, E.S., Prusoff, B.A. and Uhlenhuth, E.H. (1971) Scaling life events. *Archives of General Psychiatry*, 25, 340.
- Payne, R.W. (1961) Cognitive abnormalities. In H.J. Eysenck (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology: An Experimental Approach*. Basic Books, New York.
- Payne, R.W., Marussek, P. and George, E.I. (1959) An experimental study of schizophrenic thought disorder. *Journal of Mental Science*, 195, 627-32.
- Payne, R.W. and Sloane, R.B. (1968) Can schizophrenia be defined? *Diseases of the Nervous System*, 29, 113-17.
- Penfield, W. and Perot, P. (1963) The brain's record of auditory and visual experience. *Brain*, 86, 595-696.
- Penrose, L.S. (1961) Mongolism. *British Medical Bulletin*, 17, 184-9.
- Pertman, H.H. (1957) *Social Casework: A Problem-Solving Process*. University of Chicago Press, Chicago.
- Perls, F.S. (1969) *Gestalt Therapy Verbatim*. Real People Press, Moab, Utah.
- Perls, F.S., Hefferline, R.F. and Goodman, P. (1951) *Gestalt Therapy*. Dell, New York.
- Peters, J.E. and Siern, R.M. (1971) Specificity of attitude hypothesis in psychosomatic medicine: a re-examination. *Journal of Psychosomatic Research*, 15, 129-35.
- Peters, R.S. (1960) *The Concept of Motivation*. 2nd edn. Routledge & Kegan Paul, London.
- Petrich, J. and Holmes, T.H. (1977) Life change and onset of illness. *Medical Clinics of North America*, 61(4), 825-38.
- Pfeifer, L. (1970) A subjective report of tactile hallucinations in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 26(1), 57-60.

## References

- Osborn, R.D. (1968) The moon and the mental hospital: an investigation of one area of folklore. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6, 88-93.
- Osborne, J.G. (1969) Free-time as a reinforcer in the management of classroom behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2, 113-18.
- Osgood, C.E. (1952) The nature and measurement of meaning. *Psychological Bulletin*, 49, 197-237.
- Osgood, C.E. (1953) *Method and Theory in Experimental Psychology*. Oxford University Press, New York.
- Osgood, C.E., Suci, G.J. and Tannenbaum, P.H. (1957) *The Measurement of Meaning*. University of Illinois Press, Urbana, Ill.
- Osmond, H. and Hoffer, A. (1962) Massive niacin treatment in schizophrenia: review of a nine-year study. *Lancet*, 1, 316-19.
- Osmond, H. and Smythies, J. (1952) Schizophrenia: a new approach. *Journal of Mental Science*, 98, 309-15.
- Ortossom, J.-O. (1960) Experimental studies of the therapeutic action of electro-convulsive therapy in endogenous depression. The role of the electrical stimulation and the seizure studied by variation of stimulus intensity and modification by lidocaine of seizure discharge. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 35, Supplement #145, 69-102.
- Overall, J.E. (1963) Dimensions of manifest depression. *Psychiatric Research*, 1, 239-45.
- Overmier, J.B. and Seligman, M.E.P. (1967) Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63, 23-33.
- Overton, D.A. (1972) State-dependent learning produced by alcohol and its relevance to alcoholism. In B. Kissin & H. Begleiter (eds.) *The biology of alcoholism: Vol.2. Physiology and behavior*. Plenum, New York.
- Paine, R.S. (1962) Minimal chronic brain syndromes in children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 4, 21-7.
- Palmer, S. (1960) *A Study of Murder*. Thomas Y. Crowell, New York.
- Parloff, M.B., Kelman, H.C. and Frank, J.D. (1954) Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 111, 343-51.
- Parsons, O.A. (1970) Clinical neuropsychology. In C.D. Spielberger (ed.) *Current Topics in Clinical and Community Psychology*. Vol.2. Academic Press, New York.
- Parsons, R.L. (1884) Detention in asylums. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 11, 8-24.
- Partridge, G.E. (1930) Current conceptions of psychopathic personality. *American Journal of Psychiatry*, 10, 53-99.
- Pasamanick, B., Dinitz, S. and Lefton, M. (1959) Psychiatric orientation and its relation to diagnosis and treatment in a mental hospital. *American Journal of Psychiatry*, 116, 127-32.
- Pasamanick, B. and Knoblock, H. (1961) Epidemiologic studies on the complications of pregnancy and the birth process. In G. Caplan (ed.) *Prevention of Mental Disorders in Children*. Basic Books, New York.

## References

- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1977) Report and recommendations - Psychosurgery. DHEW Publication 77-0001. US Government Printing Office, Washington, DC.
- Nauta, W.J.H. (1964) Some brain structures and functions related to memory. *Neurosciences Research Progress Bulletin*, 2(5), 1-20.
- Nebes, R.D. (1974) Hemispheric specialization in commissurotomy man. *Psychological Bulletin*, 81(1), 1-14.
- Neff, W.S. and Koltuv, M. (1967) *Work and Mental Disorder*. Institute for the Crippled and Disabled, New York.
- Nelson, S.E. (1955) Psychosexual conflicts and defenses in visual perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 427-33.
- Nemiah, J.C. (1974) Anxiety: signal, symptom, and syndrome. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd. edn. Vol.3: *Adult clinical psychiatry*. Basic Books, New York.
- Newman, R.W. (1952) Age changes in body build. *American Journal of Physical Anthropology*, 10, 75-90.
- Newmark, C.S., Raft, D., Toomey, T., Hunter, W. and Mazzaglia, J. (1975) Diagnosis of schizophrenia: pathognomonic signs or symptom clusters. *Comprehensive Psychiatry*, 16(2), 155-63.
- Nichols, K.A. (1976) Preparation for membership in a group. *Bulletin of the British Psychological Society*, 29, 353-9.
- Novakovsky, S. (1924) Arctic or Siberian hysteria as a reflex of the geographic environment. *Ecology*, 5, 113-27.
- Nunnally, J.C. (1967) *Psychometric Theory*. McGraw-Hill, New York.
- Nydes, J. (1963) The paranoid masochistic character. *Psychoanalytic Review*, 50, 55-91.
- Nyiro, J. (1937) Beitrag zur Wirkung der Krampftherapie der Schizophrenie. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 40, 180.
- Offer, D. and Sabshin, M. (1966) *Normality: Theoretical and Clinical Concepts of Mental Health*. Basic Books, New York.
- Oldfield, R.C. and Williams, M. (1961) Cerebral trauma in infancy and intellectual defect. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 24, 32-6.
- Oldham, A.J. (1969) Community psychiatry in London: a three-year analysis. *British Journal of Psychiatry*, 115, 465-74.
- O'Leary, K.D. and Wilson, G.T. (1975) *Behavior Therapy: Application and Outcome*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- Olivin, J.F. (1943) Moonlight and nervous disorders: a historical study. *American Journal of Psychiatry*, 99, 579-84.
- Opler, M.K. (1957) Schizophrenia and culture. *Scientific American*, 197(2), 103-10.
- Orme, J. (1963) Intelligence, season of birth, and climatic temperature. *British Journal of Psychology*, 54, 273-6.
- Orme, M.T. (1962) Implications for psychotherapy derived from current research on the nature of hypnosis. *American Journal of Psychiatry*, 118, 1097-103.

## References

- Mosak, H.H. und Dreikurs, R. (1973) Adlerian psychotherapy. In R. Corsini (ed.) *Current Psychotherapies*. F.E. Peacock, Itasca, Ill.
- Mowrer, O.H. (1950) Review of N.R.F. Maier 'Frustration: the study of behavior without a goal'. *Science*, 111, 434.
- Mowrer, O.H. (ed.) (1953) *Psychotherapy: Theory and Research*. Ronald Press, New York.
- Mowrer, O.H. (1960) *Learning Theory and Behavior*. John Wiley, New York.
- Mowrer, O.H. (1961) *The Crisis in Psychiatry and Religion*. D. van Nostrand, Princeton.
- Mowrer, O.H. (1965) Integrity therapy. *Faculty Forum*, 1-2, 5.
- Mowrer, O.H. (1966) Integrity therapy: what it is, how and why it works. *The Discoverer*, 3(1), 1-5.
- Mowrer, O.H. and Mowrer, W.M. (1938) Enuresis: a method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 8, 436-9.
- Müller-Lyer, F.C. (1896) Über Kontrast und Konfluxion. *Zeitschrift für Psychologie*, 9, 1-16; 10, 421-431.
- Mumford, S. and Carpenter, G. (1979) Psychological services and the elderly. *Bulletin of the British Psychological Society*, 32, 286-8.
- Munro, A. (1972) Psychosomatic medicine: I. The psychosomatic approach. *The Practitioner*, 208, 162-8.
- Murray, H.A. (1938) *Explorations in Personality*. Oxford University Press, New York.
- Murray, H.A. (1943) *Thematic Apperception Test Manual*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Murray, H.A. (1968) Components of an evolving personological system. In D.L. Sills (ed.) *International Encyclopedia of the Social Sciences*. Vol.12. Macmillan & Free Press, New York.
- Murrell, S.A. (1970) Intra family variables and psychotherapy outcome research. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 7(1), 19-21.
- Myers, J.K., Lindenthal, J.J. and Pepper, M.P. (1971) Life events and psychiatric impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 152, 149-57.
- Myerson, A. (1940) Review of 'Mental disorders in urban areas'. *American Journal of Psychiatry*, 96, 995-7.
- Nacht, S. and Racamier, R.C. (1960) Symposium on depressive illness: II. Depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 481-96.
- Naeye, R., Diener, M., Harcke, H. and Blanc, W. (1971) Relation of poverty and race to birth weight and organ cell structure in the newborn. *Pediatric Research*, 5, 17-22.
- Nathan, P.E. and Harris, S.L. (1980) *Psychopathology and Society*. McGraw-Hill, New York.
- Nathan, P.E., Andberg, M.M., Behan, P.O. and Patch, V.D. (1969) Thirty-two observers and one patient: a study of diagnostic reliability. *Journal of Clinical Psychology*, 25, 9-15.
- Nathan, P.E., Samaraweera, A., Andberg, M.M. and Patch, V.D. (1968) Syndromes of psychosis and psychoneurosis: a clinical validation study. *Archives of General Psychiatry*, 19(6), 704-16.

## References

- Mintz, S. and Alpert, M. (1972) Imagery vividness, reality testing and schizophrenic hallucinations. *Journal of Abnormal Psychology*, 79(3), 310-16.
- Mischel, W. (1968) *Personality and Assessment*. John Wiley, New York.
- Mischel, W. (1969) Continuity and change in personality. *American Psychologist*, 24(11), 1012-18.
- Mischel, W. (1971) *Introduction to Personality*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Mischel, W. (1972) Direct versus indirect personality assessment: evidence and implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 319-24.
- Mischel, W. (1973) Towards a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-83.
- Mischel, W. (1974) Processes in delay of gratification. In L. Berkowitz (ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol.7. Academic Press, New York.
- Mischel, W. (1977) On the future of personality measurement. *American Psychologist*, 32(4), 246-254.
- Mohr, J.W., Turner, R.E. and Jerry, M.B. (1964) *Pedophilia and Exhibitionism*. University of Toronto Press, Toronto.
- Moltz, H. (1960) Imprinting: empirical basis and theoretical significance. *Psychological Bulletin*, 57(4), 291-314.
- Moniz, E. (1936) *Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses*. Masson, Paris.
- Monro, A. (1972) Psychosomatic medicine: I. The psychosomatic approach. *The Practitioner*, 208, 162-8.
- Monroe, R.R. (1970) *Episodic Behavioral Disorders*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Monroe, R.R. (1974) Episodic behavioral disorders: an unclassified syndrome. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Montague, A. (1968) Chromosomes and crime. *Psychology Today*, 2(5), 43-9.
- Moore, M.S. (1975) Some myths about 'mental illness'. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1483-97.
- Mora, G. (1967) History of psychiatry. In A.M. Freeman & H.I. Kaplan (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Williams & Wilkins, New York.
- Morel, B. (1860) *Traité des maladies mentales*. Masson, Paris.
- Moreno, J.L. (1932) *The First Book of Group Psychotherapy*. Beacon House, New York.
- Moreno, J.L. (1946) *Psychodrama*. Beacon House, New York.
- Moreno, J.L. (1955) The discovery of the spontaneous man with special emphasis upon the technique of role reversal. *Group Psychotherapy*, 8, 103-29.
- Morrison, J.R. and Minkoff, K. (1975) Explosive personality as a sequel to the hyperactive child syndrome. *Comprehensive Psychiatry*, 16, 343-8.

## References

- Miller, E. (1967) Psychological theories of ECT: a review. *British Journal of Psychiatry*, 113, 301-11.
- Miller, H. (1968) Irrationality of medical specialties: a review of Sydney Walker III 'Psychiatric signs and symptoms due to medical problems'. *British Medical Journal*, #3609, 43.
- Miller, J.G. (1951) Objective methods of evaluating process and outcome in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 108, 258.
- Miller, J.G. (1960) Information input overload and psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 116, 693-704.
- Miller, J.G. (1961) Sensory overloading. In B.E. Flaherty (ed.) *Psychophysiological Aspects of Space Flight*. Columbia University Press, New York.
- Miller, N.E. (With the collaboration of Sears, R.R., Mowrer, O.H., Doob, L.W. and Dollard, J.) (1941) I. The frustration-aggression hypothesis. *Psychological Review*, 38, 337-42.
- Miller, N.E. (1944) Experimental studies in conflict. In J.McV. Hunt (ed.) *Personality and the behavior disorders*. Ronald Press, New York.
- Miller, N.E. (1959) Liberalization of basic S-R concepts: extensions to conflict behavior, motivation and social learning. In S. Koch (ed.) *Psychology: A Study of a Science*. Vol.2. McGraw-Hill, New York.
- Miller, W.R., Rosellini, R.A. and Seligman, M.E.P. (1977) Learned helplessness and depression. In J.D. Maser & M.E.P. Seligman (eds.) *Psychopathology: Experimental Models*. W.H. Freeman, San Francisco.
- Millon, T. (1967) *Theories of Psychopathology: Essays and Critiques*. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Millon, T. (1969) *Modern psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning*. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Millon, T. (1973) *Theories of Psychopathology and Personality: Essays and Critiques*. 2nd edn. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Millon, T. and Millon, R. (1974) *Abnormal Behavior and Personality: A Biosocial Learning Approach*. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Milner, B. (1968) Alteration of perception and memory in man: reflections on methods. In L. Weiskrantz (ed.) *Analysis of behavior change*. Harper & Row, New York.
- Milner, B. (1969) Residual intellectual and memory defects after head injury. In A.E. Walker, W.F. Caveness & M. Critchley (eds.) *The late effects of head injury*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Milner, B. (1971) Interhemispheric differences in the localization of psychological processes in man. *British Medical Bulletin*, 27(3), 272-7.
- Milner, B., Corkin, S. and Teuber, H.L. (1968) Further analysis of hippocampal amnesic syndrome: 13 year follow-up of H.M. *Neuropsychologia*, 6, 215-34.
- Ministry of Health, USSR (1951). Order prohibiting lobotomy. *Neuropat. i psikiat.*, 20, 17 (Cited by W. Freeman, Psychosurgery. In S. Aried (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. Vol.2. Basic Books, New York. 1959.)
- Mintz, A. (1946) A re-examination of correlations between lynchings and economic indices. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41, 159-60.

## References

- Meichenbaum, D.H. (1971) *Cognitive Factors in Behavior Modification*. Research Report #25, Department of Psychology, University of Waterloo.
- Meichenbaum, D. (1974) *Cognitive Behavior Modification*. General Learning Press, Morristown, N.J.
- Meichenbaum, D. (1977) *Cognitive Behavior Modification: An Integrative Approach*. Plenum Press, New York.
- Meige, H. and Feindel, E. (1902) *Les tics et leur traitement*. Masson & Cie., Paris.
- Meige, H. and Feindel, E. (1907) *Tics and their treatment*. Appleton, London.
- Meltzer, H. and Stahl, S. (1976) The dopamine hypothesis of schizophrenia: a review. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 19-76.
- Melzack, R. (1961) The perception of pain. *Scientific American*, 204(2), 41-9.
- Melzack, R. and Scott, T.H. (1957) The effects of early experience on the response to pain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 50, 155-61.
- Mendels, J. and Cochrane, C. (1968) The nosology of depression: the endogenous-reactive concept. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1-11.
- Menkes, M., Rowe, J. and Menkes, S.J. (1967) A 25 year follow-up study of the hyperkinetic child with minimal brain dysfunction. *Pediatrics*, 39(2), 393-9.
- Merrin, E.L. and Silberfarb, P.M. (1976) The Capgras phenomenon. *Archives of General Psychiatry*, 33, 965-8.
- Meth, J.M. (1974) Exotic psychiatric syndromes. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, 2nd edn. Vol.3: *Adult clinical psychiatry*. Basic Books, New York.
- Meyer, Adolf (1910) The dynamic interpretation of dementia praecox. *American Journal of Psychology*, 21, 385.
- Meyer, Adolf, Jelliffe, S.E. and Hoch, A. (1911) *Dementia Praecox: A Monograph*. Gorham, Boston.
- Meyer, V. and Crisp, A.H. (1966) Some problems in behavior therapy. *British Journal of Psychiatry*, 112, 367-81.
- Michael, S.T. and Langner, T.S. (1963) *Social Mobility and Psychiatric Symptoms*. Diseases of the Nervous System, Monograph Supplement 24, 1.
- Michelson, W.H. (1970) *Man and his Urban Environment: A Sociological Approach*. Addison-Wesley, Reading, Mass.
- Miller, A. (1967) The lobotomy patient - a decade later: a follow-up study of a research project started in 1948. *Canadian Medical Association Journal*, 96, 1095-103.
- Miller, D.H., Clancy, J. and Cumming, E. (1953) A comparison between unidirectional current nonconvulsive electrical stimulation given with Reiter's machine, standard alternating current electroshock (Cerletti method), and pentothal in chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 109, 617-21.

## References

- routine physical examination in psychiatric cases. *The Practitioner*, 1968, 200, 686-91.
- Martin, B. (1961) The assessment of anxiety by physiological behavioral measures. *Psychological Bulletin*, 58, 234-55.
- Martin, B. (1977) *Abnormal Psychology: Clinical and Scientific Perspectives*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Martin, W.L., Ford, H.F., McDonald, E.C. and Towler, M.L. (1965) Clinical evaluation of unilateral EST. *American Journal of Psychiatry*, 121, 1086-90.
- Marx, M.B., Garrity, T.F. and Bowers, F.R. (1975) The influence of recent life experience on the health of college freshmen. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 87-98.
- Maslow, A.H. (1962) *Toward a Psychology of Being*. D. Van Nostrand, New York.
- Maslow, A.H. (1967) Neurosis as a failure of personal growth. *Humanitas*, 3, 153-70.
- Masserman, J.H. (1943) *Behavior and Neurosis*. University of Chicago Press, Chicago.
- Masters, J.C. and Johnson, V.E. (1970) *Human Sexual Inadequacy*. Little, Brown, Boston.
- Matsunaga, E., Tonomura, A., Hidetsune, O. and Yasumoto, K. (1978) Re-examination of the paternal age effect in Down's syndrome. *Human Genetics*, 40, 259-68.
- Maurer, A. (1974) Corporal punishment. *American Psychologist*, 29(8), 614-26.
- May, P.R.A. (1968) *Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five Treatment Methods*. Science House, New York.
- May, P.R.A. (1971) Psychotherapy and ataraxic drugs. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. John Wiley, New York.
- Mayer-Gross, W., Slater, E. and Roth, M. (1960) *Clinical Psychiatry*. Cassell, London.
- Medawar, P.B. (1964) Darwin's illness. *Annals of Internal Medicine*, 61(4), 782-7.
- Meduna, L. von (1934) Über experimentelle Camphorepilepsie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 102, 333-9.
- Meduna, L. von (1936) *Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie*. Marhold, Halle.
- Meduna, L. von (1938) General discussion of the Cardiazol therapy. *American Journal of Psychiatry*, 94, 40-50.
- Meehl, P.E. (1950) On the circularity of the law of effect. *Psychological Bulletin*, 47, 52-75.
- Meehl, P.E. (1954) *Clinical vs. Statistical Prediction*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Meehl, P.E. (1956) Wanted - a good cookbook. *American Psychologist*, 11, 263-72.
- Meehl, P.E. (1962) Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-38.



## References

- (eds.) *Annual Review of Behavior Therapy: Theory and Practice*. Vol.2. Brunner/Mazel, New York.
- Maier, N.R.F. (1949) *Frustration: The Study of Behavior without a Goal*. University of Michigan Press, Ann Arbor.
- Maine, T.F. (1946) The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10, 66.
- Malitz, S., Wilkens, B. and Esecover, H. (1962) A comparison of drug-induced hallucinations with those seen in spontaneously occurring psychoses. In L.J. West (ed.) *Hallucinations*. Grune & Stratton, New York.
- Malmö, R.B. (1957) Anxiety and behavioral arousal. *Psychological Review*, 64, 276-87.
- Malmö, R.B. (1959) Activation: a neurophysiological dimension. *Psychological Review*, 66, 367-86.
- Malmö, R.B. and Shagass, C. (1949a) Physiologic studies of reaction to stress in anxiety and early schizophrenia. *Psychosomatic Medicine*, 11(1), 9-24.
- Malmö, R.B. and Shagass, C. (1949b) Physiologic study of symptom mechanisms in psychiatric patients under stress. *Psychosomatic Medicine*, 11(1), 25-9.
- Malmö, R.B., Shagass, C. and Davis, F.H. (1950) Specificity of bodily reactions under stress: a physiological study of somatic symptom mechanisms in psychiatric patients. In *Life Stress and Bodily Disease: 1949 Proceedings of the Association for Research in Nervous and Mental Disease*, Vol. XXIX, 231-61.
- Manaster, G.J. (1977) Birth order - an overview. *Journal of Individual Psychology*, 33(1), 3-8.
- Manning, N.P. (1976a) What happened to the therapeutic community? In K. Jones (ed.) *Yearbook of Social Policy in Britain: 1975*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Manning, N.P. (1976b) Innovation in social policy: the case of the therapeutic community. *Journal of Social Policy*, 5(3), 265-79.
- Marconi, J. (1967) Scientific theory and operational definitions in psychopathology with special reference to alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 28, 631-40.
- Mark, J.C. (1953) The attitudes of the mothers of male schizophrenics toward child behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 185-9.
- Marks, I.M. (1972) Flooding (implosion) and related treatments. In W.S. Agras (ed.) *Behavior Modification: Principles and Clinical Applications*. Little; Brown; Boston.
- Marks, I.M., Hodgson, R. and Rachman, S. (1975) Treatment of chronic obsessive-compulsive neuroses by in-vivo exposure: a two-year follow-up and issues in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-64.
- Marks, M.R. (1964) How to build better theories, tests, and therapies: the off-quadrant approach. *American Psychologist*, 19(10), 793-8.
- Marshall, H.E.S. (1949) Cited by D.A.W. Johnson in The evaluation of

## References

- MacDonald, A.P.Jr. (1971) Birth order and personality. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 171-6.
- MacDonald, J.M. (1961) *The Murderer and His Victim*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- McDougall, W. (1908) *An Introduction to Social Psychology*. Methuen, London.
- McFall, R.M. and Marston, A.R. (1970) An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 295-303.
- McFarland, R.A., Halperin, M.H. and Niven, J.I. (1944) Visual thresholds as an index of physiological imbalance during anoxia. *American Journal of Physiology*, 142, 328-49.
- McGhie, A. and Chapman, J. (1961) Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 103-16.
- McGinnies, E. (1949) Emotionality and perceptual defense. *Psychological Review*, 56, 244-51.
- McGraw, R.B. and Oliven, J.F. (1959) Miscellaneous therapies. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. Vol.2. Basic Books, New York.
- Machover, K. (1949) *Personality Projection in the Drawings of a Human Figure*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- McLemore, C.W. and Benjamin, L.S. (1979) Whatever happened to interpersonal diagnosis? A psychosocial alternative to DSM-III. *American Psychologist*, 34(1), 17-34.
- McMahon, F.B. (1976) *Abnormal Behavior: Psychology's View*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- McNair, D.M., Callahan, D.M. and Lorr, M. (1962) Therapist 'type' and patient response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 26, 425-9.
- McNeil, E.B. (1970) *The Psychoses*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- McQuade, W. (1972) What stress can do to you. *Fortune*, 85(1), 102.
- Maddi, S.R. (1968) *Personality Theories: a Comparative Analysis*. The Dorsey Press, Homewood.
- Maher, B.A. (1966) *Principles of Psychopathology: An Experimental Approach*. McGraw-Hill, New York.
- Maher, B.A. (1974) Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, 30, 98-113.
- Maholick, L.T. and Turner, D.W. (1979) Termination: that difficult farewell. *American Journal of Psychotherapy*, 33(4), 583-91.
- Mahoney, M.J. (1980) *Abnormal Psychology: Perspectives on Human Variance*. Harper & Row, New York.
- Mahoney, M.J. and Kazdin, A.E. (1979) Cognitive behavior modification: misconceptions and premature evacuation. *Psychological Bulletin*, 86(5), 1044-9.
- Mahoney, M.J., Kazdin, A.E. and Lesswing, N.J. (1974) Behavior modification: delusion or deliverance? In C.M. Franks & G.T. Wilson

## References

- Lorenz, K. (1935) Der Kumpan in der Umwelt des Vogels. *Journal of Ornithology*, 83, 137-213, 289-413.
- Lorenz, K. (1952) *King Solomon's Ring: New Light on Animal Ways*. Methuen, London.
- Lorenz, K. (1966) *On Aggression*. Harcourt, Brace & World, New York.
- Lorr, M., Sonn, T.M. and Katz, M.M. (1967) Toward a definition of depression. *Archives of General Psychiatry*, 17, 183-5.
- Lovinger, E. (1956) Perceptual contact with reality in schizophrenia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 87-91.
- Luborsky, L. (1971) Perennial mystery of poor agreement among criteria for psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37(3), 316-19.
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A.H., Cohen, J. and Bachrach, H.M. (1971) Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75(3), 145-85.
- Lucero, R., Brown, B. and David, H. (1963) Seasonal variation in aberrant group behaviour. *Lancet*, 83, 153-6.
- Luchins, A.S. (1950) On an approach to social perception. *Journal of Personality*, 19, 64-84.
- Luria, A.R. and Homskaya, E.D. (1964) Disturbances in the regulative role of speech with frontal lobe lesions. In J.M. Warren & K. Akert (eds.) *The Frontal Granular Cortex and Behavior*. McGraw-Hill, New York.
- Luten, D.B. (1964) Numbers against the wilderness. *Sierra Club Bulletin*, 49(9), 43-8.
- Macalpine, I. and Hunter, R. (1969) Porphyria and King George III. *Scientific American*, 222(1), 38-46.
- McAndrew, J., Berkey, B. and Matthews, C. (1967) The effects of dominant and nondominant unilateral ECT as compared to bilateral ECT. *American Journal of Psychiatry*, 124, 483-90.
- McCall, R.J. (1975) The nonpsychotic personality disturbances: a re-evaluation and reclassification. *Journal of Clinical Psychology*, 31(2), 205-22.
- McClelland, D.C. (1950) Review of Maier's 'Frustration'. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 45, 564-6.
- McClelland, D.C. (1951) *Personality*. William Sloane Associates (Dryden Press), New York.
- McClelland, D.C. (1955) *Studies in motivation*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- McClelland, D.C. (1961) *The Achieving Society*. D. van Nostrand, Princeton.
- McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark, R.W. and Lowell, E.L. (1953) *The Achievement Motive*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- McClelland, D.C., Baldwin, A.L., Bronfenbrenner, U. and Strodbeck, F.L. (1958) *Talent and Society*. D. van Nostrand, Princeton.
- McDonagh, J.M. (1971) The relationship between familial characteristics and two measures of dependency. *Dissertation Abstracts International*, 32, 342

## References

- Lezak, M.D. (1976) *Neuropsychological Assessment*. Oxford University Press, New York.
- Lichtenberg, P. and Norton, D.G. (1971) *Cognitive and Mental Development in the First Five Years of Life*. US Public Health Service Publications, Washington, DC.
- Liddell, H.S. (1944) Conditioned reflex method and experimental neurosis. In J. McV. Hunt (ed.) *Personality and the Behavior Disorders*. The Ronald Press Company, New York.
- Liddell, H.S. (1956) *Emotional Hazards in Animals and Man*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Lidz, T. (1973) *The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders*. Basic Books, New York.
- Lidz, T., Cornelison, A.R., Fleck, S. and Terry, D. (1957) The intrafamilial environment of the schizophrenic patient: II. Marital schism and marital skew. *American Journal of Psychiatry*, 114, 241-8.
- Lidz, T., Cornelison, A.R., Terry, D. and Fleck, S. (1958) Intrafamilial environment of the schizophrenic patient: VI. The transmission of irrationality. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 79, 305-16.
- Lidz, T. and Fleck, S. (1965) Family studies and a theory of schizophrenia. In T. Lidz, S. Fleck and A.R. Cornelison (eds) *Schizophrenia and the Family*. International Universities Press, New York.
- Lieber, A.L. and Sherin, C.R. (1972) Homicide and the lunar cycle: toward a theory of lunar influence on human emotional disturbance. *American Journal of Psychiatry*, 129, 69-73.
- Lieberman, M.A., Yalom, I.D. and Miles, M.B. (1973) *Encounter Groups: First Facts*. Basic Books, New York.
- Liebert, R.M. and Spiegler, M.D. (1978) *Personality: Strategies and Issues*. 3rd edn. The Dorsey Press, Homewood, Ill.
- Lilly, J. (1956) Mental effects of reduction of ordinary levels of physical stimuli on intact healthy persons. *Psychiatric Research Reports*, 5, 1-9.
- Linder, R. (1965) Diagnosis: description or prescription? A case study in the psychology of diagnosis. *Perceptual and Motor Skills*, 20, 1081-92.
- Lindstrom, P. (1954) Prefrontal ultrasonic irradiation: a substitute for lobotomy. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 72, 399.
- Lindzey, G. (1967) Behavior and morphological variation. In J.N. Spuhler (ed.) *Genetic Diversity and Human Behavior*. Aldine, Chicago.
- Lippitt, R.L. (1949) *Training in Community Relations*. Harper & Row, New York.
- Livingston, W.K. (1943) *Pain Mechanisms*. Macmillan, New York.
- Locke, E.A. (1971) Is 'behavior therapy' behavioristic? An analysis of Wolpe's psychotherapeutic methods. *Psychological Bulletin*, 76, 318-27.
- Lombroso, C. (1876) *L'Uomo delinquente*. Hoepli, Milano.
- Lombroso, C. (1899) *Le Crime: Causes et Remèdes*. Schleicher et C., Paris. (Also published as 'Crime: Its Causes and Remedies'. H.P. Horton, translator. Little, Brown, Boston. 1911.)
- London, P. (1972) The end of ideology in behavior modification. *American Psychologist*, 27, 913-20.

## References

- Leitenberg, H. (1965) Is time-out from positive reinforcement an aversive event? A review of the experimental literature. *Psychological Bulletin*, 64, 428-41.
- Lejeune, J., Gautier, M. and Turpin, R. (1959) Les chromosomes humaines en culture de tissus. *Comptes Rendus Hebdomadaires des Sciences de l'Académie des Sciences*, 602-3.
- Lejeune, J. and Turpin, R. (1961) Chromosomal aberrations in man. *American Journal of Human Genetics*, 13, 175-84.
- Lejeune, J., Turpin, R. and Gautier, M. (1959) Le mongolisme, premier exemple d'aberration autosomique humaine. *Annales de Génétique*, 2, 41-9.
- LeMay, M. (1968) Birth order and college misconduct. *Journal of Individual Psychology*, 24, 167-9.
- Levine, S. (1959) Emotionality and aggressive behavior in the mouse as a function of infantile experience. *Journal of Genetic Psychology*, 94, 77-83.
- Levine, S. and Lewis, G.W. (1958) Critical period for effects of infantile experience on maturation of stress response. *Science*, 129, 42-3.
- Levine, S. and Mullins, R.F. Jr. (1966) Hormonal influences on brain organization in infant rats. *Science*, 152, 1585-91.
- Levis, D.J. (1974) Implosive therapy: a review and critical analysis of Morganstern's review. Extended unpublished supplement to an article published in *Psychological Bulletin*, 81, 135-8.
- Levitt, E.E. (1957) The results of psychotherapy with children: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 189-96.
- Levitt, E.E. (1963) Psychotherapy with children: a further evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 1, 45-51.
- Levy, N.A. (1945) *Personality Disturbances in Combat Fliers*. Josiah Macy Jr Foundation, New York.
- Levy, R. (1968) The clinical evaluation of unilateral electro-convulsive therapy. *Journal of Mental Science*, 114, 459-63.
- Lewin, K. (1931) Environmental forces in child behavior and development. In C. Murchison (ed.) *A Handbook of Child Psychology*. Clark University Press, Worcester, Mass.
- Lewin, K. (1933) *A Dynamic Theory of Personality*. McGraw-Hill, New York.
- Lewin, K. (1931) *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers*. D. Cartwright (ed.). Harper & Row, New York.
- Lewis, A. (1933) Problems of obsessional illness. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 29, 13-24.
- Lewis, A. Chairman, Sub-Committee on Classification of Mental Disorders of the Registrar General's Advisory Committee on Medical Nomenclature and Statistics. (1968) In *British Glossary of Mental Disorders based on the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* (1965, 8th rev.). Studies on Medical and Population Subjects No.22. Her Majesty's Stationery Office, London.
- Lewis, A.B. and Selzer, M. (1972) Some neglected issues in milieu therapy. *Hospital and Community Psychiatry*, 23(10), 293-8.

## References

- Lashley, K.S. (1947) Structural variation in the nervous system in relation to behavior. *Psychological Review*, 54, 325-34.
- Lasker, G. (1947) The effects of partial starvation on somatotype: an analysis of material from the Minnesota Starvation Experiment. *American Journal of Physical Anthropology*, 5, 323-41.
- Laufer, M.W. and Denhoff, E. (1957) Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463.
- Laufer, M.W., Denhoff, E. and Solomons, G. (1957) Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 19, 38-49.
- Lavater, J. (1789) *Essays on physiognomy*. Translated by H. Hunter. John Murray, London.
- Lazarus, A.A. (1963) The results of behaviour therapy in 126 cases of severe neuroses. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 69-80.
- Lazarus, A.A. (1966) Behavior rehearsal vs. nondirective therapy vs. advice in effecting behavior change. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 209-12.
- Lazarus, A.A. (1971) *Behavior Therapy and Beyond*. McGraw-Hill, New York.
- Lazarus, A.A. (1977) Has behavior therapy outlived its usefulness? *American Psychologist*, 32(7), 550-4.
- Lazarus, A.A. and Wilson, G.T. (1976) Behavior modification: clinical and experimental perspectives. In B.B. Wolman (ed.) *The Therapist's Handbook*. Van Nostrand Reinhold, New York.
- Lazarus, R.S. (1966) *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw-Hill, New York.
- Ledwidge, B. (1978) Cognitive behavior modification: a step in the wrong direction? *Psychological Bulletin*, 85(2), 353-75.
- Ledwidge, B. (1979) Cognitive behaviour modification or new ways to change minds. *Psychological Bulletin*, 86(5), 1050-3.
- Lee, T. (1976) *Psychology and the environment*. Methuen, London.
- Lee, T. and Seeman, P. (1980) Elevation of brain neuroleptic/dopamine receptors in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137(2), 191-7.
- Leeper, R.W. (1948) A motivational theory of emotion to replace 'emotion as disorganized response'. *Psychological Review*, 55, 5-21.
- Leff, J. (1977) International variations in the diagnosis of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 131, 329-38.
- Lehmann, H.E. (1975) Schizophrenia: clinical features. In A.M. Freedman, H.I. Kaplan & B.J. Sadock (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry/II*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Lehrman, L.J., Sirluck, H., Black, B.J. and Glick, S.J. (1949) *Success and Failure of Treatment of Children in the Child Guidance Clinics of the Jewish Board of Guardians*. Jewish Board of Guardians Publication Department, New York.
- Leighton, A.H. and Hughes, J.H. (1961) Cultures as causative of mental disorder. In A.H. Leighton & J.H. Hughes (eds.) *Causes of Mental Disorders: A Review of Epidemiological Knowledge, 1959*. Milbank Memorial Fund, New York.

## References

- framework of a medical school and university. *Journal of Medical Education*, 39, 476-80.
- Kubie, L.S. (1968) Pitfalls of community psychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 18, 257-66.
- Kubzansky, P.E. (1954) Visual discrimination and anxiety level under stress and non-stress conditions. Unpublished Ph.D. dissertation, Duke University.
- L'Abate, L. (1964) *Principles of Clinical Psychology*. Grune & Stratton, New York.
- Lacey, J.I. (1967) Somatic response patterning and stress: some revisions of activation theory. In M.H. Appley & R. Trumbull (eds.) *Psychological Stress*. McGraw-Hill, New York.
- Lacey, J.I. and Lacey, B.C. (1958) Verification and extension of the principle of autonomic response-stereotypy. *American Journal of Psychology*, 71, 50-73.
- Lader, M. (1975) *The Psychophysiology of Mental Illness*. Routledge & Kegan Paul, London.
- Laing, R.D. (1960) *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Quadrangle Press, Chicago.
- Laing, R.D. (1964) Is schizophrenia a disease? *International Journal of Social Psychiatry*, 10, 184-93.
- Laing, R.D. (1967) *The Politics of Experience*. Ballantine, New York.
- Lake, M. and Levinger, G. (1960) Continuance beyond application interviews in a child guidance clinic. *Social Casework*, 91, 303-9.
- Lambert, M.J. (1976) Spontaneous remission in adult neurotic disorders: a revision and summary. *Psychological Bulletin*, 83, 107-19.
- Lancaster, N., Steinert, R. and Frost, I. (1958) Unilateral electroconvulsive therapy. *Journal of Mental Science*, 104, 221-7.
- The Lancet (1972) Psychosurgery. *Lancet*, 8 July, 3, 69-70.
- Lange, G.C. (1883) *Om Sindsbevægelser*. Copenhagen.
- Lange, G.C. (1887) *Über Gemüthsbevegungen*. Übersetzt von H. Kurella, Leipzig.
- Langner, T.S. and Michael, S.T. (1963) *Life Stress and Mental Health*. Free Press, New York.
- Langness, L.L. (1967) Hysterical psychosis: the cross-cultural evidence. *American Journal of Psychiatry*, 124, 143-51.
- Laqueur, H.P. (1975) Insulin coma therapy. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.5: *Treatment*. Basic Books, New York.
- Lashley, K.S. (1918) A simple maze: with data on the relation of the distribution of practice to the rate of learning. *Psychobiology*, 1, 353-67.
- Lashley, K.S. (1938) The thalamus and emotion. *Psychological Review*, 45, 42-61.
- Lashley, K.S. (1942) The problem of cerebral organization in vision. In H. Kluver (ed.) *Biological Symposia*. Vol.VII. Jaques Cattell Press, Lancaster, Pa.

## References

- Koran, L.M. (1975b) The reliability of clinical methods, data and judgments: Part II. *New England Journal of Medicine*, 293, 695-701.
- Korshin, S.J. (1976) *Modern Clinical Psychology: Principles of Intervention in the Clinic and Community*. Basic Books, New York.
- Korte, C.D. (1976) *The Effects of an Urban Environment on Social Behaviour*. University of St. Andrews, St. Andrews.
- Kosa, J., Antonovsky, A. and Zola, I.K. (eds.) (1969) *Poverty and Health: A Sociological Analysis*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Kraepelin, E. (1898) *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Barth, Leipzig.
- Kraepelin, E. (1915) *Psychiatrie*. Barth, Leipzig.
- Krafft-Ebing, R.v. (1900) *Psychopathia Sexualis*. Rebman Company, New York.
- Krafft-Ebing, R.v. (1901) *Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung: Eine medicinisch-gerichtliche Studie für Ärzte und Juristen*. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart.
- Kraft, A.M. (1966) The therapeutic community. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. Vol.III. Basic Books, New York.
- Kramer, M. (1968) Introduction: the history of efforts to agree on an international classification of mental disorders. In American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second edition (DSM-II)*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Kramer, M. (1980) Historical review, and mental disorders sections of ICD-9 and ICD-9-CM. In American Psychiatric Association *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third edition)*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Krause, M.S. (1961) The measurement of transitory anxiety. *Psychological Review*, 68, 178-89.
- Krause, M.S. (1964) An analysis of Carl R. Rogers' theory of personality. *Genetic Psychology Monographs*, 69, 49-99.
- Krause, M.S., Galinsky, M.D. and Weiner, I.B. (1961) A bibliography through 1957 of physiological indicators of transitory anxiety. *Journal of Psychological Studies*, 25, 414-19.
- Krech, D. (1962) Cortical localization of function. In L. Postman (ed.) *Psychology in the making*. A.A. Knopf, New York.
- Kreitman, N. (1961) The reliability of psychiatric diagnosis. *Journal of Mental Science*, 107, 876-86.
- Kreischmer, E. (1925) *Physique and character*. Translated by W.J.H. Sprout. Harcourt, Brace & World, New York.
- Kroger, W.S. and Fezler, W.D. (1976) *Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning*. J.B. Lippincott, Philadelphia.
- Kubie, L.S. (1933) The problem of maturity in psychiatric research. *Journal of Medical Education*, 28, 11-27.
- Kubie, L.S. (1962) The maturation of psychiatrists or the time that changes take. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 136, 286-8.
- Kubie, L.S. (1964) A school of psychological medicine within the



## References

- Kleinmuntz, B. (1972) *Computers in Personality Assessment*. General Learning Press, Morristown, N.J.
- Kleinmuntz, B. (1974) *Essentials of Abnormal Psychology*. Harper & Row, New York.
- Kleinmuntz, B. (1980) *Essentials of Abnormal Psychology*. 2nd edn. Harper & Row, New York.
- Kleinmuntz, B. and McLean, R.S. (1968) Diagnostic interviewing by digital computer. *Behavioral Science*, 12, 75-80.
- Kline, N.S. (1963) Psychiatry in Indonesia. *American Journal of Psychiatry*, 119, 809-13.
- Klinefelter, H.F. Jr., Reifenstein, E.C. Jr. and Albright, F. (1942) Syndrome characterized by gynecomastia aspermatogenesis without aleydigism, and increased excretion of follicle stimulating hormone. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 2, 615-27.
- Klotz, M. (1939) The history and pharmacology of the ataractic drugs. *Diseases of the Nervous System*, 20, 365-8.
- Kneuker, A.W. (1949) *Richtlinien einer Philosophie der Medizin*. Wilhelm Mandrich, Vienna.
- Knight, G.C. (1965) Stereotactic tractotomy in the surgical treatment of mental illness. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 28, 304.
- Knight, G.C. (1969a) Bifrontal stereotactic tractotomy: an atraumatic operation of value in the treatment of intractable psychoneurosis. *British Journal of Psychiatry*, 115, 257-66.
- Knight, G.C. (1969b) Stereotactic surgery for the relief of suicidal and severe depression and intractable psychoneurosis. *Postgraduate Medical Journal*, 43, 1-15.
- Knobloch, H. and Pasamanick, B. (1958) Seasonal variation in the births of the mentally deficient. *American Journal of Public Health*, 48, 1201-8.
- Knobloch, H. and Pasamanick, B. (1959) Syndrome of minimal cerebral damage in infancy. *Journal of the American Medical Association*, 170, 1384-7.
- Knobloch, H., Rider, R., Harper, P. and Pasamanick, B. (1956) Neuropsychiatric sequelae of prematurity. *Journal of the American Medical Association*, 161, 581-3.
- Knoff, W.F. (1970) A history of the concept of neurosis with a memoir of William Cullen. *American Journal of Psychiatry*, 127, 80-4.
- Knudsen, K. (1964) Homicide after treatment with lysergic acid diethylamide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 180, 389-95.
- Koch, J.A.L. (1891) *Die Psychopathischen Minderwertigkeiten*. Maier, Ravensberg.
- Kockelmans, J.J. (1971) Phenomenological psychology in the United States: a critical analysis of the actual situation. *Journal of Phenomenological Psychology*, 1, 139-72.
- Kolb, L.C. and Vogel, V.H. (1942) The use of shock therapy in 305 mental hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 99, 90-100.
- Koran, L.M. (1975a) The reliability of clinical methods, data and judgments: Part I. *New England Journal of Medicine*, 293, 642-6.

## References

- Kempler, W. (1973) *Gestalt Therapy*. In R. Gornini (ed.) *Current Psychotherapies*. F.E. Peacock, Itasca, Illinois.
- Kendell, R.E. (1973) Psychiatric diagnoses: a study of how they are made. *British Journal of Psychiatry*, 122, 437-43.
- Kendell, R.E. (1975) The concept of disease and its implications for psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 127, 305-15.
- Kendell, R.E., Sharpe, L., Cooper, J.E., Gurland, B.J., Gourlay, A.J. and Copeland, J.R.M. (1971) Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 25, 123-30.
- Kendler, H.H. (1952) 'What is learned?' - A theoretical blind alley. *Psychological Review*, 59, 269-77.
- Keniston, K., Boltax, S. and Almond, R. (1971) Multiple criteria of treatment outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 107-18.
- Kessler, J.W. (1966) *Psychopathology of Childhood*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- Kety, S.S. (1967) The hypothetical relationships between amines and mental illness: a critical synthesis. In H.E. Himwich, S.S. Kety & J.R. Smythies (eds.) *Amines and Schizophrenia*. Pergamon Press, Oxford.
- Kilgallen, R.K. (1972) Hydrotherapy - Is it all washed up? *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(6), 3-6.
- Killory, J.F. (1974) In defense of corporal punishment. *Psychological Reports*, 35, 573-81.
- Kiloh, L.G. and Garside, R.F. (1963) The independence of neurotic depression and endogenous depression. *British Journal of Psychiatry*, 109, 451-63.
- Kiloh, L.G. and Smith, J.S. (1978) The neural basis of aggression and its treatment by psychosurgery. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 12(1), 21-8.
- King, L.M. (1978) Social and cultural influences on psychopathology. *Annual Review of Psychology*, 29, 405-33.
- King, L.M., Dixon, V. and Nobles, W. (1976) *African Philosophy: Assumptions and Paradigms of Research on Black Persons*. Fanon Center Publications, Los Angeles.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. and Martin, C.E. (1948) *Sexual Behavior in the Human Male*. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. and Martin, C.E. (1949) Concepts of normality and abnormality in sexual behaviour. In P.H. Hoch & J. Zubin (eds.) *Psychosexual Development in Health and Disease*. Grune & Stratton, New York.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B. and Martin, C.E. (1953) *Sexual Behavior in the Human Female*. W.B. Saunders, Philadelphia.
- Klaesi, J. (1922) Dauernarkose mittels Somnifen bei Schizophrenen. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 74, 557.
- Klebanoff, L.D. (1959) A comparison of parental attitudes of mothers of schizophrenics, brain injured, and normal children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 24, 445-54.
- Klein, D.F. and Davis, J.M. (1969) *Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders*. Williams & Wilkins, Baltimore.

## References

- Kardiner, A., Karush, A. and Ovesey, L. (1959b) A methodological study of Freudian theory: II. The libido theory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129(2), 133-43.
- Kardiner, A., Karush, A. and Ovesey, L. (1959c) A methodological study of Freudian theory: III. Narcissism, bisexuality and the dual instinct theory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129(3), 207-21.
- Kardiner, A., Karush, A. and Ovesey, L. (1959d) A methodological study of Freudian theory: IV. The structural hypothesis, the problem of anxiety, the post-Freudian ego psychology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129(4), 341-56.
- Kasl, S.V. (1977) *The Effect of the Man-Made Environment on Health and Behavior*. Center for Disease Control, US Department of Health and Welfare, Atlanta.
- Kasl, S.V. and Cobb, S. (1970) Blood pressure changes in men undergoing job loss: a preliminary report. *Psychosomatic Medicine*, 32, 19-38.
- Katz, M.M., Cole, J.O. and Lowery, H.A. (1969) Studies of the diagnostic process: the influence of symptom perception, past experience and ethnic background on diagnostic decisions. *American Journal of Psychiatry*, 125, 937-47.
- Kaufmann, H. (1965) Definitions and methodology in the study of aggression. *Psychological Bulletin*, 64, 351-64.
- Kaufmann, H. (1970) *Aggression and Altruism: a Psychological Analysis*. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Kavka, J. (1949) Pinel's conception of the psychopathic state: an historical critique. *Bulletin of the History of Medicine*, 23, 461-8.
- Kazdin, A.E. and Wilcoxin, L.A. (1976) Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: a methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 83, 729-58.
- Kazdin, A.E. and Wilson, G.T. (1978) Criteria for evaluating psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 35(4), 407-16.
- Kear-Colwell, J.J. (1972) A taxonomy of depressive phenomena and its relationships to the reactive-endogenous dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 121, 665-71.
- Kellaway, P. (1946) The part played by electric fish in the early history of bioelectricity and electrotherapy. *Bulletin of the History of Medicine*, 20, 112-37.
- Keller, M. (1958) Alcoholism: nature and extent of the problem. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 315, 1-11.
- Kelley, D., Richardson, A. and Mitchell-Heggs, N. (1973) Technique and assessment of limbic leucotomy. In L. Laitinen & K.E. Livingston (eds.) *Surgical Approaches in Psychiatry*. Medical and Technical Publications, Lancaster.
- Kelly, G.A. (1955) *The Psychology of Personal Constructs*. Norton, New York.
- Kelly, G.A. (1958) Man's construction of his alternatives. In G. Lindzey (ed.) *Assessment of Human Motives*. Rinehart, New York.
- Kelly, G.A. (1963) *A Theory of Personality*. Norton, New York.

## References

- Collected Works of C.G. Jung. Vol.7: Two Essays on Analytical Psychology.* Pantheon, New York, 1953.)
- Jung, C.G. (1945) *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewussten.* Zurich, (Also published as 'The relations between the ego and the unconscious' (R.F.C. Hull, translator). In Sir H. Read, M. Fordham & G. Adler (eds.) *The Collected Works of C.G. Jung. Vol.7: Two Essays on Analytical Psychology.* Pantheon, New York, 1953.)
- Jung, C.G. (1951) *Aion: Untersuchungen zur Symbolgeschichte.* Rascher Verlag, Zurich. (Also published as 'The shadow' (R.F.C. Hull, translator). In Sir H. Read, M. Fordham & G. Adler (eds.) *The Collected Works of C.G. Jung. Vol. 9(2): Aion: researches into the phenomenology of the self.* Pantheon, New York, 1959.)
- Kahlbaum, K.L. (1863) *Gruppierung der psychischen Krankheiten.* Kafemann, Danzig.
- Kahlbaum, K.L. (1874) *Die Katatonie oder das Spannungsirresein.* Hirschwald, Berlin.
- Kahn, E. (1931) *Psychopathic Personalities.* Yale University Press, New Haven.
- Kahn, E. and Cohen, L.H. (1934) Organic drivenness: a brain stem syndrome and an experience. *New England Journal of Medicine*, 210, 748.
- Kahn, M.W. and Kirk, W.E. (1968) The concepts of aggression: a review and reformulation. *Psychological Record*, 18, 559-73.
- Kalinowsky, L.B. (1975) Electric and other convulsive treatments. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry.* 2nd edn. Vol.5: *Treatment.* Basic Books, New York.
- Kalinowsky, L.B. and Hippus, H. (1969) *Pharmacological, Convulsive and Other Somatic Treatments in Psychiatry.* Grune & Stratton, New York.
- Kalinowsky, L.B. and Worthing, H.J. (1943) Results with electric convulsive therapy in 200 cases of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 17, 144-53.
- Kallman, F.J. (1946) The genetic theory of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 103, 309-33.
- Kallman, F.J. (1953) *Heredity in Mental Health and Disorder.* Norton, New York.
- Kanner, L. (1960) Do behavioral symptoms always indicate pathology? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1, 17-25.
- Kaplan, B. (1972) Malnutrition and mental deficiency. *Psychological Bulletin*, 78, 321-34.
- Kaplan, H.I. (1967) History of psychosomatic medicine. In A.M. Freeman & H.I. Kaplan (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Williams & Wilkins, Baltimore.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (1973) *An Overview of the Major Affective Disorders.* A Psychiatric Annals Reprint. Insight Communications, New York.
- Kardiner, A., Karush, A. and Ovesey, L. (1959a) A methodological study of Freudian theory: I. Basic concepts. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129(1), 11-19.

## References

- James, R. and Griffin, A. (1968) Seasonal admission rates in Texas mental hospitals. *Journal of Clinical Psychology*, 24, 190.
- James, W. (1890) *Principles of psychology*. Henry Holt, New York.
- James, W. and Lange, G.C. (1922) *The Emotions*. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Janet, P.M.F. (1908) *Les obsessions et la psychasthénie*. Félix Alcan, Paris.
- Janet, P.M.F. (1925) *Psychological Healing*. Macmillan, New York.
- Jarvik, L.F., Klodin, V. and Matsuyama, S.S. (1973) Human aggression and the extra Y chromosome: fact or fantasy? *American Psychologist*, 28(8), 674-82.
- Jellinek, E.M. (1939) Some principles of psychiatric classification. *Psychiatry*, 2, 161-5.
- Jenkins, J.J. and Lykken, D.T. (1957) Individual differences. *Annual Review of Psychology*, 8, 79-112.
- Johnson, D.A.W. (1968) The evaluation of routine physical examination in psychiatric cases. *The Practitioner*, 200, 686-91.
- Johnson, D.J. and Myklebust, H.R. (1967) *Learning Disabilities: Educational Principles and Practices*. Grune & Stratton, New York.
- Johnson, W.G. (1975) Group Therapy: A Behavioural Perspective. *Behaviour Therapy*, 6, 30-8.
- Jones, E. (1953) *The Life and Work of Sigmund Freud*. Vol.1: *The formative years and the great discoveries 1856-1900*. Basic Books, New York.
- Jones, H. (1956) *Crime and the Penal System*. University Tutorial Press, London.
- Jones, H.E. (1931) Order of birth in relation to the development of the child. In C. Murchison (ed.) *Handbook of Child Psychology*. Clark University Press, Worcester, Mass.
- Jones, M. (1933) *The Therapeutic Community*. Basic Books, New York.
- Jones, M. (1968) *Beyond the Therapeutic Community*. Yale University Press, New Haven.
- Jones, M. (1978) *Maturation of the Therapeutic Community*. Human Sciences Press, New York.
- Jones, M.C. (1924) A laboratory study of fear: the case of Peter. *Pedagogical Seminary*, 31, 308-15.
- Jones, M.R. and Fennell, R.S.III. (1963) Runway performances in two strains of rats. *Quarterly Journal of the Florida Academy of Sciences*, 28, 289-90.
- Jongbloet, P.H. (1971) Month of birth and gametopathy. *Clinica Genetica*, 2, 315-30.
- Jordan, P. (1972) A real predicament. *Science*, 175, 977-8.
- Jucker, E. (1962) Recent advances in the field of psychotropic drugs. *Journal of Scientific and Industrial Research*, 21A, 415-23.
- Jung, C.G. (1910) The association method. *American Journal of Psychology*, 21, 219-69.
- Jung, C.G. (1918) *Studies in Word Association*. W. Heinemann, London.
- Jung, C.G. (1943) *Über die Psychologie des Unbewussten*. 5th edn., Zurich. (Also published as 'The psychology of the unconscious' (R.F.C. Hull, translator). In Sir H. Read, M. Fordham & G. Adler (eds.) *The*

## References

- Introduction to Modern Behaviour Therapy Based on Learning Theory and the Principles of Conditioning.* Routledge and Kegan Paul, London.
- Humphreys, L.G. (1957) Characteristics of type concepts with special reference to Sheldon's typology. *Psychological Bulletin*, 54, 218-28.
- Hunt, J. McV. (1949) The problem of measuring the results of psychotherapy. *Psychological Service Center Journal*, 1, 122
- Hunter, I.M.L. (1957) *Memory: Facts and Fallacies*. Penguin, Harmondsworth, Middlesex.
- Husserl, E. (1969) *Cartesian Meditations*. Nyhoff, The Hague.
- Hutt, M.L. (1969) *The Hutt Adaptation of the Bender-Gestalt Test*. Grune & Stratton, New York.
- Hutt, M.L. and Briskin, G.J. (1960) *The Clinical Use of the Revised Bender-Gestalt Test*. Grune & Stratton, New York.
- Huxley, A. (1954) *The Doors of Perception*. Chatto & Windus.
- Huxley, A. (1956) *Heaven and Hell*. Chatto & Windus.
- Hyler, S.E. and Spitzer, R.L. (1978) Hysteria split asunder. *American Journal of Psychiatry*, 135(12) 1500-4.
- Impastato, D.J. and Almansi, R. (1942) The electrofit in the treatment of mental disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 96, 393-409.
- Impastato, M.S. and Karliner, W. (1966) Control of memory impairment in EST by unilateral stimulation of the non-dominant hemisphere. *Diseases of the Nervous System*, 27, 182-8.
- Impastato, M.S. and Pacella, B.L. (1952) Electrically produced unilateral convulsions. *Diseases of the Nervous System*, 13, 368-9.
- Irwin, S. (1968) A rational framework for the development evaluation and use of psychoactive drugs. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1-19.
- Irwin, S. and Egozcue, J. (1967) Chromosomal abnormalities in leukocytes from LSD - 25 users. *Science*, 157, 313-14.
- Itard, J.N.G. (1932) *The Wild Boy of Aveyron*. Translated by G. & M. Humphrey. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Ittelson, W.H. (1952) *The Ames Demonstrations in Perception: A Guide to their Construction and Use*. Princeton University Press, Princeton.
- Jackson, J.H. (1931) On epilepsy and epileptiform convulsions. In J. Taylor (ed.) *Selected Writings*. Hodder & Stoughton, London.
- Jacobs, A., Brunton, M. and Melville, M.M. (1963) Aggressive behavior, mental subnormality, and the XYY male. *Nature*, 208, 1351-2.
- Jacobson, E. (1938) *Progressive Relaxation*. University of Chicago Press, Chicago.
- Jahoda, M. (1953) The meaning of psychological health. *Social Casework*, 34, 349-54.
- Jahoda, M. (1955) Toward a social psychology of mental health. In A.M. Rose (ed.) *Mental Health and Mental Disorder*. Norton, New York.
- Jahoda, M. (1958) *Current Concepts of Positive Mental Health*. Joint Commission of Mental Illness and Health Monograph Series, No.1. Basic Books, New York.

## References

- of schizophrenia with nicotinic acid and nicotinamide. *Journal of Clinical and Experimental Psychopathology*, 18, 131-58.
- Hogan, R.A. (1969) Impulsively oriented behavior modification: therapy considerations. *Behaviour Research and Therapy*, 7, 177-83.
- Hollingshead, A.B. and Redlich, F.C. (1958) *Social Class and Mental Illness: A Community Study*. John Wiley, New York.
- Holmes, T.H. and Rahe, R.H. (1967) The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 11, 213.
- Holt, R.R. (1967) Diagnostic testing: present status and future prospects. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 144, 444-65.
- Holzman, P.S. (1970) *Psychoanalysis and Psychopathology*. McGraw-Hill, New York.
- Hordern, A. (1968) Psychopharmacology: some historical considerations. In C.R.B. Joyce (ed.) *Psychopharmacology: Dimensions and Perspectives*. Tavistock, London.
- Horney, K. (1937) *Neurotic personality of our time*. W.W. Norton, New York.
- Horney, K. (1942) *Self-analysis*. W.W. Norton, New York.
- Horney, K. (1945) *Our Inner Conflicts: a Constructive Theory of Neurosis*. W.W. Norton, New York.
- Horney, K. (1950) *Neurosis and human growth*. W.W. Norton, New York.
- Horney, K. (1967) *Feminine psychology*. W.W. Norton, New York.
- Horowitz, M.J., Duff, D.F. and Stratton, L.O. (1964) Body-buffer zone. *Archives of General Psychiatry*, 11, 651-6.
- Hovland, C.I. (1940) Experimental studies in rote-learning theory: VI. Comparison of retention following learning to some criterion by massed and distributed practice. *Journal of Experimental Psychology*, 26, 568-87.
- Hovland, C.I. and Sears, R.R. (1940) Minor studies of aggression: VI. Correlation of lynchings with economic indices. *Journal of Psychology*, 9, 301-10.
- Howells, J.G. (1970) *Nosology of psychiatry*. The Society of Clinical Psychiatrists, Ipswich.
- Howells, W.W. (1952) A factorial study of constitutional type. *American Journal of Physical Anthropology*, 10, 91-118.
- Howes, D.H. and Solomon, R.L. (1950) A note on McGinnies' 'Emotionality and perceptual defense'. *Psychological Review*, 57, 229-34.
- Hull, C.L. (1932) The goal gradient hypothesis and maze learning. *Psychological Review*, 39, 25-43.
- Hull, C.L. (1943) *Principles of Behavior*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Hume, D. (1739) *A Treatise of Human Nature*, Book 1. J. Noon, London.
- Hume, P.B. (1974) Principles of community mental health practice. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.2: *Child and adolescent psychiatry, sociocultural and community psychiatry*. Basic Books, New York.
- Humphrey, J. and Rachman, S.J. (1963) Case data. Cited by H.J. Eysenck & S.J. Rachman (1965) *The Causes and Cures of Neurosis: An*

## References

- Henderson, D. (1939) *Psychopathic States*. W.W. Norton, New York.
- Henderson, D. and Gillespie, R.D. (1969) *A Text-Book of Psychiatry for Students and Practitioners*. 10th edn. Revised by I.R.C. Batchelor. Oxford University Press, London.
- Henderson, J.L. (1947) *Thresholds of Initiation*. Wesleyan University Press, Middletown.
- Henderson, J.L. and Wheelwright, J.B. (1974) Analytical psychology. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*, Basic Books, New York.
- Henry, G.W. (1955) *All the sexes*. Reinhart, New York.
- Hesche, J. and Roeder, E. (1976) Electroconvulsive therapy in Denmark. *British Journal of Psychiatry*, 128, 241-5.
- Hess, E.H. (1959) Two conditions limiting critical age for imprinting. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 52, 515-18.
- Hess, E.H. (1962) Ethology: an approach toward the complete analysis of behavior. In R. Brown, E. Galanter, E.H. Hess & G. Mandler (eds.) *New Directions in Psychology*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Heston, L.L. (1966) Psychiatric disorders in foster-home reared children of schizophrenic mothers. *British Journal of Psychiatry*, 112, 819-25.
- Heston, L.L. (1970) The genetics of schizophrenia and schizoid disease. *Science*, 167, 249-56.
- Hicks, R.A., Evans, E.A. and Pellegrini, R.J. (1978) Correlation between handedness and birth order: compilation of five studies. *Perceptual and Motor Skills*, 48, 33-4.
- Hilgard, E.R. (1956) *Theories of learning*. Appleton-Century-Crofts. New York.
- Hill, D. (1969) *Psychiatry in Medicine*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
- Hinkle, L.E.Jr., Redmont, R., Plummer, N. and Wolff, H.G. (1960) An examination of the relation between symptoms, disability, and serious illness, in two homologous groups of men and women. *American Journal of Public Health*, 50(9), 1327-36.
- Hinshelwood, R.D. (1968) Schizophrenic birth order: the last-but-one position. *Nature*, 220, 490.
- Hinshelwood, R.D. (1970) The evidence for a birth order factor in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 117(538), 293-301.
- Hobbs, N. (1964) Mental health's third revolution. *American Journal of Orthopsychiatry*, 34, 822-33.
- Hoffer, A. (1966) The effect of nicotinic acid on the frequency and duration of re-hospitalization of schizophrenic patients; a controlled comparison study. *International Journal of Neuropsychiatry*, 2, 234-40.
- Hoffer, A. (1974) *The Blind Double-Blind Studies*. Canadian Schizophrenia Foundation, Regina, Saskatchewan.
- Hoffer, A. and Osmond, H. (1964) Treatment of schizophrenia with nicotinic acid: a ten-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 40, 171-89.
- Hoffer, A., Osmond, H., Callbeck, M.J. and Kahan, I. (1957) Treatment



## References

- Hathaway, S.R. and McKinley, J.C. (1943) *Minnesota Multiphasic Personality Inventory: Manual*. The Psychological Corporation, New York.
- Havelkova, M. (1968) Follow-up study of 71 children diagnosed as psychotic in pre-school age. *American Journal of Orthopsychiatry*, 38, 846-57.
- Hawkins, D. and Pauling, L. (eds.) (1973) *Orthomolecular Psychiatry: Treatment of Schizophrenia*. W.H. Freeman, San Francisco.
- Hawks, D. (1975) Community care: an analysis of assumptions. *British Journal of Psychiatry*, 127, 276-85.
- Hawley, A.H. (1972) Population density and the city. *Demography*, 9, 521-19.
- Head, H. and Holmes, G. (1911) Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*, 34, 102-254.
- Heaton, R.K., Carr, J.E. and Hampson, J.L. (1975) A-B therapist characteristics vs. psychotherapy outcome: current status and prospects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 160(4), 299-309.
- Hebb, D.O. (1942) The effect of early and late brain injury upon test scores, and the nature of normal adult intelligence. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 85(3), 275-92.
- Hebb, D.O. (1949) *The Organization of Behavior*. John Wiley, New York.
- Hebb, D.O. (1955) Drives and the C.N.S. (conceptual nervous system). *Psychological Review*, 62, 243-54.
- Heber, R. (1959) A manual of terminology and classification in mental retardation. *Monograph Supplement to American Journal of Mental Deficiency*, 64, No.2.
- Heber, R. (1961) A manual on terminology and classification in mental retardation, 2nd edn. *Monograph supplement to American Journal of Mental Deficiency*.
- Heilbrun, A.B. (1960) Perceptual distortion and schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 30, 412-18.
- Heiler, J.B. (1973) Preparation of lower-class patients for expressive group psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 251-60.
- Heimberg, R.G., Montgomery, D., Madsen, C.H. and Heimberg, J.S. (1977) Assertion training: a review of the literature. *Behavior Therapy*, 8(5), 953-71.
- Heinroth, J.C.A. (1818) *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens*. Vogel, Leipzig.
- Helmchen, H. (1971) Problems in the use and acceptance of an international glossary to ICD8. Paper presented at the Fifth World Congress of Psychiatry, Mexico City.
- Helzer, J.E., Clayton, P.J., Pambakian, R., Reich, T. Woodruff, R.A. and Reveley, M.A. (1977) Reliability of psychiatric diagnoses: II. The test/retest reliability of diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 34, 136-41.
- Helzer, J.E., Robins, L.N., Taibleson, M., Woodruff R.A.Jr., Reich, T. and Wish, E.D. (1977) Reliability of psychiatric diagnoses: I. A methodological review. *Archives of General Psychiatry*, 34, 129-33.

## References

- action concept in the frustration aggression hypothesis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 204-6.
- Hanley, C. (1951) Physique and reputation of junior high school boys. *Child Development*, 22, 247-60.
- Harbin, H.T. (1977) Episodic dyscontrol and family dynamics. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1113-16.
- Hare, E.H. and Moran, P.A.P. (1979) Raised parental age in psychiatric patients: evidence for the constitutional hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 134, 169-77.
- Hare, E.H., Price, J. and Slater, E. (1974) Mental disorder and season of birth. *British Journal of Psychiatry*, 124, 81-6.
- Harlow, H.F. (1958) The nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-85.
- Harlow, H.F. and Harlow, M.K. (1961) A study of animal affection. *Journal of the American Museum of Natural History*, 70, #10.
- Harlow, H.F. and Harlow, M.K. (1962) Social deprivation in monkeys. *Scientific American*, 207(5), 136-46.
- Harlow, H.F. and Harlow, M.K. (1969) Effects of various mother-infant relationships on rhesus monkey behaviors. In B.M. Foss (ed.) *Determinants of infant behavior*, IV. Methuen, London.
- Harlow, H.F. and Suomi, S.J. (1970) Nature of love - simplified. *American Psychologist*, 25, 161-9.
- Harlow, H.F. and Zimmermann, R.R. (1958) The development of affectional responses in infant monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 102, 501-9.
- Harlow, H.F. and Zimmermann, R.R. (1959) Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 130, 421-30.
- Harper, R.G. and Wiens, A.N. (1975) Electroconvulsive therapy and memory. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 161, 245-54.
- Hartmann, H. (1959) Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago* (Also published as 'Ego psychology and the problem of adaptation.' (Translated by David Rapaport.) International Universities Press, Inc., New York, 1958.)
- Hartmann, H. (1950) Comments on the psychoanalytic theory of the ego. In H. Hartmann. *Essays on Ego Psychology*. International Universities Press, New York.
- Hartmann, H. (1959) Psychoanalysis as a scientific theory. In S. Hook (ed.) *Psychoanalysis: Method and Philosophy; A Symposium*. New York University Press, New York.
- Hartmann, H. (1964) *Essays on Ego Psychology: Selected Problems in Psychoanalytic Theory*. International Universities Press, New York.
- Hartmann, H., Kris, E. and Loewenstein, R. (1947) Comments on the formation of psychic structure. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 11-38.
- Hartmann, H., Kris, E. and Loewenstein, R. (1953) The function of theory in psychoanalysis. In R.M. Loewenstein (ed.) *Drives, Affects, Behavior*. International Universities Press, New York.
- Hathaway, S.R. and McKinley, J.C. (1940) A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-54.

## References

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd edn. (DSM-II). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Guilford, J.P. (1959) *Personality*. McGraw-Hill, New York.
- Guillain, G. (1909) *J.M. Charcot, 1825-1893: His Life - His Work*. Paul B. Hoeber, New York.
- Gunderson, E.K. and Rahe, R.H. (1974) *Life stress and illness*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Gurel, L. (1966) Release and community stay criteria in evaluating psychiatric treatment. In P.H. Hoch & J. Zubin (eds.) *Psychopathology of Schizophrenia: Proceedings of the Fifty-Fourth Annual Meeting of the American Psychopathological Association*. Grune & Stratton, New York.
- Guthrie, E.R. (1930) Conditioning as a principle of learning. *Psychological Review*, 37, 412-28.
- Guthrie, E.R. (1935) *The Psychology of Learning*. Harper, New York.
- Guthrie, E.R. (1942) Conditioning: a theory of learning in terms of stimulus, response and association. In National Society for the Study of Education. *The Forty-First Yearbook*. Public School Publishing Co., Bloomington, Ill.
- Haak, N. (1957) Comments on the analytical situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 38, 183-85.
- Haber, R.N. (1966) *Current Research in Motivation*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Hadley, S.W. and Strupp, H.H. (1976) Contemporary views of negative effects in psychotherapy: an integrated account. *Archives of General Psychiatry*, 33, 291-302.
- Hall, C.S. (1954) *A primer of Freudian psychology*. World Publishing, Cleveland.
- Hall, C.S. and Lindzey, G. (1957) *Theories of Personality*. John Wiley, New York.
- Hall, C.S. and Lindzey, G. (1978) *Theories of Personality*. 3rd edn. John Wiley, New York.
- Halliday, A.M., Davison, K., Browne, M.W. and Dreeger, L.C. (1968) A comparison of the effects on depression and memory of bilateral ECT and unilateral ECT to the dominant and non-dominant hemispheres. *British Journal of Psychiatry*, 114, 997-1012.
- Halstead, W.C. (1947) *Brain and Intelligence: A Qualitative Study of the Frontal Lobes*. University of Chicago Press, Chicago.
- Halstead, W.C. (1951) Biological intelligence. *Journal of Personality*, 20, 118.
- Hamilton, M. and White, J.M. (1959) Clinical syndromes in depressive states. *Journal of Mental Science*, 105, 485-98.
- Hamilton, V. (1963) Size constancy and cue responsiveness in psychosis. *British Journal of Psychology*, 54, 25-39.
- Hammond, W.H. (1957) The constancy of physical types as determined by factorial analysis. *Human Biology*, 29, 40-61.
- Haner, C.F. and Brown, P.A. (1955) Clarification of the instigation to

## References

- Granger, G.W. (1953) Personality and visual perception: a review. *Journal of Mental Science*, 99, 8-43.
- Granger, G.W. (1957) Effect of psychiatric disorder on visual thresholds. *Science*, 125, 500-1.
- Granville-Grossman, K.L. (1966) Birth order and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 112, 1119-26.
- Gray, K.C. and Hutchison, H.C. (1964) The psychopathic personality: a survey of Canadian psychiatrists' opinions. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 9, 452-61.
- Green, H. (1964) *I Never Promised You a Rose Garden*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Greenacre, P. (1941) The predisposition to anxiety. *Psychoanalytic Quarterly*, 10, 66.
- Greenacre, P. (1945) The biological economy of birth. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 31-51.
- Greenblatt, M. (1977) Efficacy of ECT in affective and schizophrenic illness. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1001-5.
- Greenblatt, M., Arnot, R. and Solomon, H.C. (eds.) (1950) *Studies in Lobotomy*. Grune & Stratton, New York.
- Greenblatt, M., Grosser, G.H. and Wechsler, H. (1964) Differential response of hospitalized depressed patients to somatic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 120, 935-43.
- Greenblatt, M. and Solomon, H.C. (1952) Survey of nine years of lobotomy investigations. *American Journal of Psychiatry*, 109, 262-5.
- Greene, R.L. and Clark, J.R. (1970) Adler's theory of birth order. *Psychological Reports*, 26(2), 387-90.
- Greenson, R.R. (1959) The classic psychoanalytic approach. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, vol.2. Basic Books, New York.
- Griffitt, W. and Veitch, R. (1971) Hot and crowded: influences of population density and temperature on interpersonal affective behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 92-8.
- Grinker, R.R., Miller, J.B., Sabshin, M., Nunn, R. and Nunnally, J.C. (1961) *The Phenomena of Depressions*. Hoeber, New York.
- Gross, H.S., Herbert, M.R., Knatterud, G.L. and Donner, L. (1969) The effect of race and sex on the variation of diagnosis and disposition in a psychiatric emergency room. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148, 638-42.
- Gross, M.B. and Wilson, W.C. (1974) *Minimal Brain Dysfunction*. Brunner/Mazel, New York.
- Grossberg, J.M. (1964) Behavior therapy: a review. *Psychological Bulletin*, 62(2), 73-88.
- Grossman, H.J. (ed.) (1973) *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation: 1973 Revision*. AAMD Special Publication No.2. American Association on Mental Deficiency, Washington, DC.
- Grossman, H.J. (ed.) (1977) *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation: 1977*. American Association on Mental Deficiency, Washington, DC.
- Gruenberg, E.M. (1968) Foreword. In American Psychiatric Association,

## References

- Goldstein, A. (1973) Behavior therapy. In R. Corsini (ed.) *Current psychotherapies*. F.E. Peacock Publishers, Itasca, Ill.
- Goldstein, A.P. (1962) *Therapist Patient Expectancies in Psychotherapy*. Pergamon Press, New York.
- Goldstein, K. and Scheerer, M. (1941) Abstract and concrete behavior: an experimental study with special tests. *Psychological Monographs*, 53, #2.
- Goldstein, M. (1974) Brain research and violent behavior. *Archives of Neurology*, 30, 1-35.
- Goldstone, S. (1955) Flicker fusion measurements and anxiety level. *Journal of Experimental Psychology*, 49, 200-2.
- Golla, F.L. (1921) The objective study of neurosis. *Lancet*, 201, 115-22, 215-21, 265-70 & 373-9.
- Goltz, F. (1892) Der Hund ohne Grosshirn. *Pflüger's Archiv für die gesamte Physiologie des Menschen und der Tiere*, 51, 570-614.
- Gomez, M.R. (1967) Minimal cerebral dysfunction. *Clinical Pediatrics*, 6, 389-91.
- Goodwin, D.W., Crane, J.B. and Guze, S.B. (1969a) Alcoholic blackouts: a review and clinical study of 100 alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 126, 191-8.
- Goodwin, D.W., Crane, J.B. and Guze, S.B. (1969b) Phenomenological aspects of the alcoholic blackout. *British Journal of Psychiatry*, 115, 1033-8.
- Goodwin, D.W., Powell, B., Bremer, D., Hoine, H. and Stern J. (1969c) Alcohol and recall: state-dependent effects in man. *Science*, 163, 1358-60.
- Gordon, H.L. (1948) Fifty shock therapy theories. *Military Surgeon*, 103, 397-408.
- Gorsuch, A.L. and Butler, M.C. (1976) Initial drug abuse: a review of predisposing social psychological factors. *Psychological Bulletin*, 83, 120-37.
- Gottesfeld, H. (1979) *Abnormal Psychology: A Community Mental Health Perspective*. Science Research Associates, Chicago.
- Gottlieb, G. and Wilson, I. (1965) Cerebral dominance: temporary disruption of verbal memory by unilateral electro-convulsive shock treatment. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 60, 368-72.
- Gottschalk, L.A., Haer, J.L. and Bates, D.E. (1972) Effect of sensory overload on psychological state: changes in social alienation-personal disorganization and cognitive-intellectual impairment. *Archives of General Psychiatry*, 27, 451-7.
- Gottschalk, L.A. and Pattison, E.M. (1969) Psychiatric perspectives on T-groups and the laboratory movement: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 126(6), 823-39.
- Gouster, M. (1878) Moral insanity. (Abstract). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 5, 181-2.
- Grace, W.J. and Graham, D.T. (1952) Relationship of specific attitudes and emotions to certain bodily diseases. *Psychosomatic Medicine*, 14, 243-51.

## References

- Gellhorn, E. (1943) *Autonomic Regulations: Their Significance for Physiology, Psychology and Neuropsychiatry*. Interscience, New York.
- Gellner, L. (1959) *A Neurophysiological Concept of Mental Retardation and its Educational Implications*. The Dr. Julian D. Levinson Research Foundation for Mentally Retarded Children, Chicago, Ill.
- Gendlin, E.T. (1975) The newer therapies. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.5: *Treatment*. Basic Books, New York.
- Gerard, M.W. (1948) Bronchial asthma in children. In F.G. Alexander & T.M. French (eds.) *Studies in Psychosomatic Medicine: An Approach to the Causes and Treatment of Vegetative Disturbances*. Ronald Press, New York.
- Gerard, M.W. (1953) Genesis of psychosomatic symptoms in infancy. In F. Deutsch (ed.) *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*. International Universities Press, New York.
- Gewirtz, J.L. and Baer, D.M. (1958) Deprivation and satiation of social reinforcers as drive conditions. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 57, 165-72.
- Gibson, J.J. (1941) A critical review of the concept of set in contemporary experimental psychology. *Psychological Bulletin*, 38, 781-818.
- Gillespie, R.D. (1937) Amnesia. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 37, 748.
- Gillis, A.R. (1974) Population density and social pathology: the case of building type, social allowance and juvenile delinquency. *Social Forces*, 53(2), 306-14.
- Glasser, W. (1965) *Reality Therapy*. Harper & Row, New York.
- Goffman, E. (1961) *Asylums*. Doubleday, New York.
- Golann, S.E. and Eisdorfer, C. (eds.) (1972) *Handbook of Community Mental Health*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- Goldberg, S.C. and Mattsson, N. (1967) Symptom changes associated with improvement in schizophrenia. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 175-80.
- Goldberg, S.C., Schooler, N. and Mattsson, N. (1967) Paranoid and withdrawal symptoms in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 145, 158-62.
- Goldberger, L. (1966) Experimental isolation: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 122(7), 774-82.
- Goldenberg, H. (1977) *Abnormal Psychology: A Social/Community Approach*. Brooks/Cole, Monterey, California.
- Goldfarb, W. (1955) Emotional and intellectual consequences of psychological deprivation in infancy. In P.Hoch & J. Zubin (eds.) *Psychopathology of Childhood*. Grune & Stratton, New York.
- Goldfried, M.R. and Merbaum, M. (1973) A perspective on self-control. In M.R. Goldfried & M. Merbaum (eds.) *Behavior Change through Self-Control*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Goldfried, M.R., Stricker, G. and Weiner, I.B. (1971) *Rorschach handbook of clinical and research applications*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.

## References

- Fuller, R.G. (1930) Expectation of hospital life and outcome for mental patients on first admission (Civil State Hospitals, New York). *Psychiatric Quarterly*, 4, 295-323.
- Fullinwider, S.P. (1973) Insanity as the loss of self: the moral insanity controversy revisited. *Bulletin of the History of Medicine*, 49(1), 87-101.
- Fulton, J.F. and Jacobsen, C.E. (1935) The functions of the frontal lobes: a comparative study in monkeys, chimpanzees, and man. Abstracts of the Second International Neurological Conference: London, 1935.
- Gal, P. (1959) Mental disorders of advanced years. *Geriatrics*, 14, 224-8.
- Gall, F.J. (1835) *Critical Review of Some Anatomical-Physiological Works, with an Explanation of a New Philosophy of the Moral Qualities and Intellectual Faculties*. Marsh, Capen & Lyon, Boston.
- Gall, F.J. and Spurzheim, J.G. (1809) *Recherches sur le système nerveux*. Schoell, Paris.
- Gall, F.J. and Spurzheim, J.G. (1810) *Anatomie et Physiologie du Système Nerveux en Général et du Cerveau en Particulier*. Schoell, Paris.
- Gallinek, A. (1948) The nature of affective and paranoid disorders during the senium in the light of electric convulsive therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 108, 293-303.
- Galton, F. (1879-80) Psychometric experiments. *Brain*, 2, 149-62.
- Galton, F. (1883) *Inquiries into Human Faculty and its Development*. Macmillan, London.
- Garfield, S.L. (1974) What are the therapeutic variables in psychotherapy? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 24, 372-8.
- Garfield, S.L. and Bergin, A.E. (1978) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. 2nd edn. John Wiley, New York.
- Garfield, S.L., Prager, R.A. and Bergin, A.E. (1971a) Evaluation of outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 307-13.
- Garfield, S.L., Prager, R.A. and Bergin, A.E. (1971b) Evaluating outcome in psychotherapy: a hardy perennial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37(3), 320-2.
- Garma, A. (1950) On the pathogenesis of peptic ulcer. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 53-72.
- Garnezy, N. (1978) Never mind the psychologists; is it good for the children? *Clinical Psychologist*, 31(3 & 4), 1, 4-6.
- Garrett, H.E. (1940) Variability in learning under massed and spaced practice. *Journal of Experimental Psychology*, 26, 547-67.
- Gaylin, W.M. (1973) Statement. Congressional Hearings and Committee Prints, #28566, card #1.
- Gaylin, W.M., Meister, J.S. and Neville, R.C. (1975) *Operating on the Mind: The Psychosurgery Conflict*. Basic Books, New York.
- Gazda, G.M. (1968) Group psychotherapy: its definition and history. In G.M. Gazda (ed.) *Innovations to Group Psychotherapy*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Gebhard, P.H., Gagnon, J.H., Pomeroy, W.B. and Christenson, C.V. (1965) *Sex Offenders*. Harper & Row, New York.

## References

- Sigmund Freud: Vol.XX. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1959.)
- Freud, S. (1930a) *Die Traumdeutung*. 8th edn. Franz Deuticke, Leipzig and Vienna. (Also published as 'The Interpretation of Dreams'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vols. IV & V. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1953.)
- Freud, S. (1930b) *Das Unbehagen in der Kultur*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Vienna. (Also published as 'Civilization and its discontents'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.XXI. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1961.)
- Freud, S. (1937) Konstruktionen in der Analyse. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago*, 23(4), 459-69. (Also published as 'Constructions in analysis'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*: Vol.XXIII. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1964.)
- Freund, K. (1960) Problems in the Treatment of Homosexuality. In H.J. Eysenck (ed.) *Behaviour Therapy and the Neuroses*. Pergamon, Oxford.
- Fried, M. and DeFazio, V.J. (1974) Territoriality and boundary conflicts in the subway. *Psychiatry*, 37, 47-59.
- Friedberg, J. (1977) Shock treatment, brain damage and memory loss: a neurological perspective. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1010-4.
- Friedman, A.S., Cowitz, B., Cohen, H.W. and Granick, S. (1963) Syndromes and themes of psychotic depression. *Archives of General Psychiatry*, 9, 504-9.
- Friedman, H., Becker, R.O. and Bachman, C.H. (1963) Geomagnetic parameters and psychiatric hospital admissions. *Nature*, 200, 626-8.
- Friedman, H., Becker, R.O. and Bachman, C.H. (1965) Psychiatric ward behavior and geophysical parameters. *Nature*, 205, 1030-2.
- Friedman, J., von Merihg, O. and Hinko, E.N. (1966) Intermittent patienthood: the hospital career of today's mental patient. *Archives of General Psychiatry*, 14, 386.
- Friedman, P. (1959) Sexual deviations. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, vol.2. Basic Books, New York.
- Friedreich, N. (1881) Über koordinierte Erinnerungskrämpfe. *Wichous Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medizin*, 86, 430-4.
- Fromm, E. (1941) *Escape From Freedom*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Fromm, E. (1935) *The Sane Society*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Fromm-Reichmann, F. (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11, 263-73.
- Frosch, W.A., Robbins, E.S. and Stern, M. (1965) Untoward reactions to lysergic acid diethylamide (LSD) resulting in hospitalization. *New England Journal of Medicine*, 273, 1235-9.



## References

- Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol.XV. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1963.)*
- Freud, S. (1917b) Über Triebumsetzungen; insbesondere der Analerotik. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago*, 4(3), 125-30. (Also published as 'On transformations of instinct as exemplified in anal eroticism'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.XVII. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1955.*)
- Freud, S. (1920) *Jenseits des Lustprinzips*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, Vienna and Zurich. (Also published as 'Beyond the pleasure principle'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.XVIII. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1955.*)
- Freud, S. (1922) Über einige neurotische Mechanismen wie Eifersucht, Paranoia und Homosexualität. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago*, 8(3), 249-58. (Also published as 'Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality'. In J. Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.XVIII. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis. London. 1955.*)
- Freud, S. (1923a) *Das Ich und das Es*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, Vienna & Zurich. (Also published as 'The ego and the id'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.XIX. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1961.*)
- Freud, S. (1923b) Die Infantile Genitalorganisation: Eine Einschaltung in die Sexualtheorie. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago*, 9(2), 168-71. (Also published as 'The infantile genital organization: an interpolation into the theory of sexuality'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.XIX. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1961.*)
- Freud, S. (1901, 1924) Zur Psychopathologie des Alltagslebens: Über Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. 1901, 10(1), 1-23, 95-143. 10th ed. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, Vienna & Zurich, 1924. (Also published as 'The Psychopathology of Everyday Life: Forgetting, Slips of the Tongue, Bungled Actions. Superstitions and Errors'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.VI. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1960.*)
- Freud, S. (1926) *Hemmung, Symptom und Angst*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Leipzig, Vienna & Zurich. (Also published as 'Inhibitions, Symptoms and Anxiety'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of*

## References

- Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.VII. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1953.)*
- Freud, S. (1905b) Bruchstück einer Hysterie-Analyse. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 4, 285-310; 5, 408-67. (Also published as 'Fragment of an analysis of a case of hysteria'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.VII. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1953.*)
- Freud, S. (1907) Zwangshandlungen und Religionsübungen. *Zeitschrift für Religionspsychologie*, 1(1), 4-12. (Also published as 'Obsessive acts and religious practices'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.IX. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1959.*)
- Freud, S. (1908) Charakter und Analerotik. *Psychiatrische-neurologische Wochenschrift*, 9(52), 465-7. (Also published as 'Character and anal erotism'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.IX. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1959.*)
- Freud, S. (1910) Leonardo da Vinci. Franz Deuticke, Leipzig & Vienna. (Also published as 'Leonardo da Vinci and a memory of his childhood'. In J. Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.XI. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1957.*)
- Freud, S. (1914) Zur Einführung des Narzissmus. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 6, 1-24. (Also published as 'On narcissism: an introduction'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.XIV. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1957.*)
- Freud, S. (1915a) Die Verdrängung. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago*, 3(3), 129-38. (Also published as 'Repression'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.XIV. The Hogarth Press, and The Institute of Psychoanalysis, London, 1957.*)
- Freud, S. (1915b) Das Unbewusste. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago*, 3, 189-203 & 257-69. (Also published as 'The unconscious'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.XIV. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1957.*)
- Freud, S. (1916) *Die Fehlleistungen*. Heller, Leipzig & Vienna. (Also published as 'Introductory lectures on psychoanalysis: Part I: Parapraxes'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.XV. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1963.*)
- Freud, S. (1917a) *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse: Part III. Allgemeine Neurosenlehre*. Heller, Leipzig & Vienna. (Also published as 'Introductory lectures on psychoanalysis: Part III. General theory of the neuroses'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard*

## References

- Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.III. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.)*
- Freud, S. (1895a) Obsessions et phobies: leur mécanisme psychique et leur étiologie. *Revue Neurologique*, 3(2), 33-8. (Also published as 'Obsessions and phobias: their psychical mechanism and their aetiology'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.III. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.*)
- Freud, S. (1895b) Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als 'Angstneurose' abzutrennen. *Neurologisches Zentralblatt*, 14(2), 50-66. (Also published as 'On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "Anxiety neurosis".' In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.III. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.*)
- Freud, S. (1896a) *Zur Ätiologie der Hysterie*. Wiener Klinische Rundschau, (Also published as 'The Aetiology of Hysteria'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.I. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.*)
- Freud, S. (1896b) L'hérédité et l'étiologie des névroses. *Revue Neurologique*, 4(6), 161-9. (Also published as 'Heredity and the aetiology of the neuroses'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.I. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.*)
- Freud, S. (1896c) Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. *Neurologisches Zentralblatt*, 15(10), 434-48. (Also published as 'Further remarks on the neuropsychoses of defence'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.III. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.*)
- Freud, S. (1898) *Die Sexualität in der Ätiologie der Neurosen*. Wiener Klinische Rundschau, vols. 2, 4, 5 & 7. (Also published as 'Sexuality in the aetiology of the neuroses'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.I. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1962.*)
- Freud, S. (1900) *Die Traumdeutung*. Franz Deuticke, Leipzig & Vienna. (Also published as 'The Interpretation of Dreams'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Vol.IV. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1953.*)
- Freud, S. (1905a) *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Deuticke, Leipzig and Vienna. (Also published as 'Three essays on the theory of sexuality'. In J.Strachey (translator and general editor) *The Standard*

## References

- Fowler, R.D.Jr. (1967) Computer interpretation of personality tests: the automated psychologist. *Comprehensive Psychiatry*, 8(6), 455-67.
- Fowler, R.D.Jr. (1969) The current status of computer interpretation of psychological tests. *American Journal of Psychiatry*, 125(7), 21-7.
- Fraiberg, S. (1959) *The Magic Years*. Charles Scribner, New York.
- Franck, I. (1966) The concept of human nature: a philosophical analysis of the concept of human nature in the writings of G.W. Allport, S.E. Asch, Erich Fromm, A.H. Maslow and C.R. Rogers. Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland.
- Frank, J.D. (1961) *Persuasion and Healing*. The Johns Hopkins Press, Baltimore.
- Frank, J.D. (1971) Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350-61.
- Frank, J.D. and Powdermaker, F.B. (1959) Group psychotherapy. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, vol.2: Basic Books, New York.
- Franks, C.M. (1970) Alcoholism. In C.G. Costello (ed.) *Symptoms of Psychopathology: A Handbook*. John Wiley, New York.
- Freedman, A.M., Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (1976) *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry/II*. 2nd edn. Williams & Wilkins, Baltimore.
- Freedman, J.L., Heshka, S. and Levy, A. (1975) Population density and pathology: is there a relationship? *Journal of Experimental Social Psychology*, 11, 539-52.
- Freeman, H. (1978) Mental health and the environment. *British Journal of Psychiatry*, 132, 113-24.
- Freeman, W. (1948) Transorbital lobotomy. *Lancet*, 2, 371-3.
- Freeman, W. (1953) Level of achievement after lobotomy: a study of one thousand cases. *American Journal of Psychiatry*, 110, 269.
- Freeman, W. (1967) Multiple lobotomies. *American Journal of Psychiatry*, 123(11), 1430-2.
- Freeman, W. (1971) Frontal lobotomy in early schizophrenia: long follow-up in 415 cases. *British Journal of Psychiatry*, 119, 621-4.
- Freeman, W. and Watts, J.W. (1942) *Psychosurgery: Intelligence, Emotion, and Social Behaviour Following Prefrontal Lobotomy for Mental Disorders*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Freeman, W. and Watts, J.W. (1950) *Psychosurgery in the Treatment of Mental Disorders and Intractable Pain*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- French, T.M. and Alexander, F. (1941) Psychogenic factors in bronchial asthma. *Psychosomatic Medicine Monographs*, 4, 1-94.
- Freud, A. (1946) *The Ego and the Mechanisms of Defence*. Translated by C. Baines. International Universities Press, New York.
- Freud, A. and Burlingham, D. (1944) *Infants Without Families*. George Allen & Unwin, London.
- Freud, S. (1894) Die Abwehr-Neuropsychosen. *Neurologisches Zentralblatt*, 13(10), 362-4; 13(11), 402-9. (Also published as 'The neuropsychoses of defence'. In J. Strachey (translator and general editor) *The Standard*

## References

- Feldman, G. (1978) The only child as a separate entity: differences between only females and other first-born females. *Psychological Reports*, 42, 107-10.
- Fenton, F.R. (1973) The role of cost-effectiveness analysis in the evaluation of psychiatric services. Paper presented at the Annual Convention of the Canadian Psychiatric Association, Vancouver.
- Ferenczi, S. (1926) *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London.
- Fernald, G.G. (1912) An achievement capacity test. *Journal of Educational Psychology*, 3, 331-6.
- Feshbach, S. (1964) The function of aggression and the regulation of the aggressive drive. *Psychological Review*, 71, 257-72.
- Festinger, L. (1957) *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press, Stanford, California.
- Festinger, L. (1964) *Conflict, Decision and Dissonance*. Stanford University Press, Stanford, California.
- Fiamberti, A.M. (1937) Proposta di una tecnica operatoria modificata e semplificata per gli interventi alla Moniz sui lobi prefrontali in malati di mente. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, 26, 797.
- Fineman, S. (1977) The achievement motive construct and its measurement: where are we now? *British Journal of Psychology*, 68, 1-22.
- Fischer-Williams, M., Bickford, R.G. and Whisnant, J.P. (1964) Occipito-parieto-temporal seizure discharge with visual hallucinations and aphasia. *Epilepsia*, 5, 279-92.
- Fish, F. (1967) *Clinical Psychopathology: Signs and Symptoms in Psychiatry*. John Wright, Bristol.
- Fisher, D.C. (1912) *A Montessori Mother*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Flor-Henry, P. (1969) Schizophrenic-like reactions and affective psychoses associated with temporal lobe epilepsy: etiological factors. *American Journal of Psychiatry*, 126, 148-32.
- Foley, J.P. Jr. (1935) The criterion of abnormality. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 30, 279-91.
- Forer, L.K. (1969) *Birth Order and Life Roles*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Forer, L.K. (1977a) The use of birth order information in psychotherapy. *Journal of Individual Psychology*, 33(1), 105-13.
- Forer, L.K. (1977b) Bibliography of birth order literature in the '70's. *Journal of Individual Psychology*, 33(1), 122-41.
- Forer, R.B. (1950) A structured sentence completion test. *Journal of Projective Techniques*, 14, 15-29.
- Foulds, G.A. (in collaboration with Caine, T.M., and with the assistance of Adams, A. and Owen, A.) (1965) *Personality and Personal Illness*. Tavistock, London.
- Foulkes, S.H. and Anthony, E.J. (1965) *Group Psychotherapy*. Penguin, Harmondsworth, Middlesex.

## References

- Erikson, E.H. (1964) *Insight and Responsibility*. Norton, New York.
- Erikson, E.H. (1968) *Identity: Youth and Crisis*. Norton, New York.
- Erikson, E.H. (1974) *Dimensions of a New Identity*. Norton, New York.
- Eron, L.D. (1959) Review of the Thematic Apperception Test. In O.K. Buros (ed.) *Fifth Mental Measurements Yearbook*. The Gryphon Press, New Jersey.
- Essen-Moller, E. (1971) Suggestions for further improvement of the international classification of mental disorders. *Psychological Medicine*, 1, 308-11.
- Evans, D.R. (1970) Exhibitionism. In C.G. Costello (ed.) *Symptoms of Psychopathology: A Handbook*. John Wiley, New York.
- Eysenck, H.J. (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-25.
- Eysenck, H.J. (1960) Learning theory and behaviour therapy. In H.J. Eysenck (ed.) *Behaviour Therapy and the Neuroses: Readings in Modern Methods of Treatment Derived from Learning Theory*. Pergamon Press, Oxford.
- Eysenck, H.J. (ed.) (1961a) *Handbook of Abnormal Psychology: An Experimental Approach*. Basic Books, New York.
- Eysenck, H.J. (1961b) Classification and the problem of diagnosis. In H.J. Eysenck (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology: an Experimental Approach*. Basic Books, New York.
- Eysenck, H.J. (1961c) The effects of psychotherapy. In H.J. Eysenck (ed.) *Handbook of Abnormal Psychology: An Experimental Approach*. Basic Books, New York.
- Eysenck, H.J. (1964) *Crime and Personality*. Houghton Mifflin, Boston.
- Eysenck, H.J. (1966) Personality and experimental psychology. *Bulletin of the British Psychological Society*, 19(62), 1-28.
- Eysenck, H.J. (1967a) New ways in psychotherapy. *Psychology Today*, 1, 39-47.
- Eysenck, H.J. (1967b) *The Biological Basis of Personality*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill.
- Eysenck, H.J. (1973) *The Inequality of Man*. Maurice Temple Smith, London.
- Eysenck, H.J. (1975) *The Inequality of Man*. Edits Publishers, San Diego.
- Eysenck, H.J. and Rachman, S.J. (1965) *The Causes and Cures of Neurosis*. Routledge & Kegan Paul, London.
- Falbo, T. (1977) The only child: a review. *Journal of Individual Psychology*, 33(1), 47-61.
- Farina, A., Barry, H. and Garnezy, Y.N. (1963) Birth order of recovered and non-recovered schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 9, 224-8.
- Farley, F.H. (1975) Birth order and a two-dimensional assessment of personality. *Journal of Personality Assessment*, 39, 151-9.
- Feighner, J.P., Robbins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A.Jr., Winokur, G. and Munoz, R. (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.

## References

- Eisenberg, L. (1957) The psychiatric implications of brain damage in children. *Psychiatric Quarterly*, 31, 71-92.
- Eisenberg, P. and Lazarsfeld, P.F. (1938) The psychological effects of unemployment. *Psychological Bulletin*, 35, 358-90.
- Ekman, G. (1951) On typological and dimensional systems of reference in describing personality. *Acta Psychologica*, 8, 1-24.
- Ekman, P. and Friesen, W.V. (1969) Nonverbal leakage and clues to deception. *Psychiatry*, 32(1), 88-106.
- Ekman, P. and Friesen, W.V. (1974) Nonverbal behavior and psychopathology. In R.J. Friedman & M.M. Katz (eds.) *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Winston & Sons, Washington, DC.
- Ellenberger, H.F. (1974) Psychiatry from ancient to modern times. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Ellis, A. (1958) Rational psychotherapy. *Journal of General Psychology*, 59, 35-49.
- Ellis, A. (1962) *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Lyle Stuart, New York.
- Ellis, A. (1967) Goals of psychotherapy. In A.R. Mahler (ed.) *The Goals of Psychotherapy*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Ellis, A. (1977) The basic clinical theory of Rational-Emotive Therapy. In Ellis, A. and Grieger, R. (eds.) *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Basic Books, New York.
- Ellis, A. and Grieger, R. (eds.) (1977) *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. Basic Books, New York.
- Ennis, B.J. and Litwack, T.R. (1974) Psychiatry and the presumption of expertise: flipping coins in the courtroom. *California Law Review*, 62, 693-752.
- Enoch, M.D. (1963) The Capgras syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 39, 437-62.
- Erickson, R.C. (1972) Outcome studies in mental hospitals: a search for criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39(1), 75-7.
- Eriksen, C.W. (1951) Perceptual defense as a function of unacceptable needs. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46, 557-64.
- Eriksen, C.W. (1956) Subception: fact or artifact? *Psychological Review*, 63, 74-80.
- Eriksen, C.W. (1957) Prediction from and interaction among multiple concurrent discriminative responses. *Journal of Experimental Psychology*, 53, 353-9.
- Eriksen, C.W. (1958) Unconscious processes. In M.R. Jones (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation: 1958*. University of Nebraska Press, Lincoln.
- Eriksen, C.W. (1960) Discrimination and learning without awareness: a methodological survey and evaluation. *Psychological Review*, 67, 279-300.
- Eriksen, C.W. and Lazarus, R.S. (1952) Perceptual defense and projective tests. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 302-8.
- Erikson, E.H. (1950) *Childhood and Society*. Norton, New York.

## References

- Duffy, E. (1941b) The conceptual categories of psychology: a suggestion for revision. *Psychological Review*, 48, 177-203.
- Duffy, E. (1948) Leeper's 'motivational theory of emotion'. *Psychological Review*, 55, 324-8.
- Dunbar, F. (1943) *Psychosomatic Diagnoses*. Hoeber-Harper, New York.
- Dunbar, F. (1955) *Mind and Body: Psychosomatic Medicine*. Random House, New York.
- Dunham, H.W. (1965) Community psychiatry: the newest therapeutic bandwagon. *Archives of General Psychiatry*, 12, 303-13.
- Dunham, H.W. (1976) Society, culture and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 33, 147-56.
- Dunlap, K. (1928) A revision of the fundamental law of habit formation. *Science*, 67, 360-2.
- Dunlap, K. (1930) Repetition in the breaking of habits. *Science Monitor*, 30, 66-70.
- Dunlap, K. (1932) *Habits: Their Making and Unmaking*. Liveright, New York.
- Dunnette, M.D. (1966) Fads, fashions, and folderol in psychology. *American Psychologist*, 21(4), 343-52.
- Durkheim, E. (1897) *Le Suicide*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Easterbrook, J.A. (1959) The effect of emotion on cue utilization and the organization of behaviour. *Psychological Review*, 66, 183-201.
- Easterbrook, J.A. and Costello, C.G. (1970) Disorders of attention and concentration. In C.G. Costello (ed.) *Symptoms of Psychopathology: A Handbook*. John Wiley, New York.
- Eastham, K., Coates, D. and Allodi, F. (1970) The concept of crisis. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 15, 463-72.
- Easton, N.L. and Sommers, J. (1942) The significance of vertebral fractures as a complication of metrazol therapy. *American Journal of Psychiatry*, 98, 538-43.
- Ebaugh, F.G. and Tiffany, W.J. Jr. (1959) Infective-exhaustive psychoses. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, vol.2. Basic Books, New York.
- Ebbinghaus, H. (1885) *Memory*. (Translation by H.A. Ruger & C.E. Bussenius, published by Teachers College, New York, 1913.)
- Edmonson, B. (1963) Let's do more than look: let's research Montessori. *Journal of Nursery Education*, 19(1), 36-41.
- Edwards, A.L. (1953) *Manual for Edwards Personal Preference Schedule*. Psychological Corporation, New York.
- Egan, G. (1970) *Encounter: Group Processes for Interpersonal Growth*. Brooks/Cole Publishing, Monterey, California.
- Egan, G. (1971) *Encounter Groups: Basic Readings*. Wadsworth, California.
- Eglish, A. (1951) Perception, association, and reasoning in animal fixations. *Psychological Review*, 58, 424-34.
- Eiduson, B.T., Eiduson, S. and Geller, E. (1962) Biochemistry, genetics, and the nature-nurture problem. *American Journal of Psychiatry*, 119, 342-50.



## References

- Department of Health and Social Security (1975) *Better services for the mentally ill*. Command 6233. Her Majesty's Stationery Office, London.
- Detre, T.P. and Jarecki, H.G. (1971) *Modern Psychiatric Treatment*. Lippincott, Philadelphia.
- Deutsch, F. (1922) Psychoanalyse und Organkrankheiten. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago*, 8, 290
- Devlin, P. (1965) *The Enforcement of Morals*. Oxford University Press, London.
- DeVoge, J.T. and Beck, S. (1978) The therapist-client relationship in behavior therapy: In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (eds.) *Progress in Behavior Modification*, vol.6. Academic Press, New York.
- Dies, R.R. (1968) Electroconvulsive therapy: a social learning theory interpretation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 146(4), 334-42.
- Digon, E. and Bock, H. (1966) Suicides and climatology. *Archives of Environmental Health*, 12, 279-86.
- Dishotsky, N.I., Loughman, W.D., Mogar, R.E. and Lipscomb W.R. (1971) LSD and genetic damage: is LSD chromosome damaging, carcinogenic, mutagenic, or teratogenic? *Science*, 172(3982), 431-40.
- Dixon, N.F. (1958) Apparent changes in the visual threshold as a function of subliminal stimulation: a preliminary report. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 10, 211-19.
- Dohrenwend, B.P. and Dohrenwend, B.S. (1965) The problem of validity in field studies of psychological disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 52-69.
- Dohrenwend, B.P. and Dohrenwend, B.S. (1967) Field studies of social factors in relation to three types of psychological disorder. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 72, 369-78.
- Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N.E., Mowrer, O.H. and Sears, R.R. (1939) *Frustration and Aggression*. Yale University Press, New Haven.
- Dollard, J. and Miller, N.E. (1950) *Personality and Psychotherapy*. McGraw-Hill, New York.
- Donnelly, J. (1978) The incidence of psychosurgery in the United States, 1971-3. *American Journal of Psychiatry*, 135(12), 1476-80.
- Down, J.L.H. (1866) Observations on an ethnic classification of idiots. *Reports of Obstetrics London Hospital*, 3, 259-62.
- Downey, J.E. (1923) *Will-Temperament Tests and Manuals*. World Book, Yonkers.
- Draguns, J.G. and Phillips, L. (1971) *Psychiatric Classification and Diagnosis: An Overview and Critique*. General Learning Press, New York.
- Draguns, J.G. and Phillips, L. (1972) *Culture and Psychopathology: The Quest for a Relationship*. General Learning Press, Morristown, N.J.
- Drelich, M.G. (1974) Classical psychoanalytic school: A. The theory of the neuroses. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Duffy, E. (1934) Emotion: an example of the need for reorientation in psychology. *Psychological Review*, 41, 184-98.
- Duffy, E. (1941a) An explanation of 'emotional' phenomena without the use of the concept 'emotion'. *Journal of General Psychology*, 25, 283-93.

## References

- Curran, D. and Partridge, M. (1957) *Psychological Medicine: A Short Introduction to Psychiatry*. E. & S. Livingstone, Edinburgh.
- Cudler, R. (1958) Countertransference effects in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 22, 349-56.
- Dahlstrom, W.G. and Welsh, G.S. (1960) *An MMPI Handbook: A Guide to Clinical Practice and Research*. University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Danaher, B.G. (1974) Theoretical foundations and clinical applications of the Premack Principle: review and critique. *Behavior Therapy*, 5, 307-24.
- Darwin, C. (1859) *The Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life*. John Murray, London. (Sixth edition with additions and corrections, 1872.)
- D'Augelli, A.R. and Chinsky, J.M. (1974) Interpersonal skills and pretraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 65-72.
- Davidson, M.A., McInnes, R.C. and Parnell, R.W. (1957) The distribution of personality traits in seven-year-old children: a combined psychological, psychiatric, and somatotype study. *British Journal of Educational Psychology*, 27, 48-61.
- Davis, J.B., Assistant Director, Health Division, Statistics Canada (1979) Personal communication, 24 July.
- Davis, J.M. (1976) Overview: maintenance therapy in psychiatry: II. Affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1-13.
- Davis, J.M. and Cole, J.O. (1973) Antipsychotic drugs. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. vol.5: *Treatment*. Basic Books, New York.
- Davis, R.C. (1957) Response patterns. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, 19, 731-9.
- DeHirsch, K., Jansky, J. and Langford, W.S. (1966) Comparisons between prematurely and maturely born children at three age levels. *American Journal of Orthopsychiatry*, 36(4), 616-28.
- DeHoyos, A. and DeHoyos, G. (1965) Symptomatology differentials between Negro and White schizophrenics. *International Journal of Social Psychiatry*, 11, 245-55.
- de la Torre, J. (1973) Discussion of Lipsius' 'Judgments of Alternatives to Hospitalization'. *American Journal of Psychiatry*, 130, 895-6.
- Delay, J. and Deniker, P. (1961) *Méthodes Chimiothérapiques en Psychiatrie*. Masson & Cie, Paris.
- D'Elia, G. and Raotma, H. (1975) Is unilateral ECT less effective than bilateral ECT? *British Journal of Psychiatry*, 126, 83-9.
- Denner, B. and Price, R. (1973) *Community Mental Health: Social Action and Reaction*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Department of Health and Social Security (1971) *Hospital Services for the Mentally Ill*. Hospital Memo 97. Her Majesty's Stationery Office, London.
- Department of Health and Social Security (1974) *Providing a comprehensive district psychiatric service for the adult mentally ill*. DHSS Reports on Health and Social Subjects No.8. Her Majesty's Stationery Office, London.

## References

- Coles, E.M. and Cooke, D.J. (1978) Lunacy: the relation of lunar phases to mental ill-health. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 23, 149-52.
- Colonha, A. and Faglioni, P. (1966) The performance of hemisphere-damaged patients on spatial intelligence tests. *Cortex*, 2, 293-307.
- Combs, A.W. and Snygg, D. (1959) *Individual Behavior*. Harper & Row, New York.
- Comroe, B.I. (1936) Follow-up study of 100 patients diagnosed as 'neurosis'. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 83, 679.
- Cook, T.W. (1944) Factors in massed and distributed practice. *Journal of Experimental Psychology*, 34, 325-34.
- Cooke, D.J. and Coles, E.M. (1978) The concept of lunacy: a review. *Psychological Reports*, 42, 891-7.
- Coons, W.H. (1968) Psychology and society. *Canadian Psychologist*, 9(3), 307-20.
- Cooper, D. (1967) *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. Tavistock, London.
- Cooper, J.E., Kendell, R.E., Gurland, B.J., Sharpe, L., Copeland, J.R.M. and Simon, R. (1972) *Psychiatric Diagnosis in New York and London* (US-UK Diagnostic Project). Oxford University Press, London.
- Corsini, R.J. (1978) *Readings in Current Personality Theories*. F.E. Peacock, Itasca, Illinois.
- Costello, C.G. (1972) Depression: loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness. *Behavior Therapy*, 3, 240-7.
- Costello, C.G. (1976) Electroconvulsive therapy: is further investigation necessary? *Canadian Psychiatric Association Journal*, 21, 61-7.
- Costello, C.G., Belton, G.P., Abra, J.C. and Dunn, B.E. (1970) The amnesic and therapeutic effects of bilateral and unilateral ECT. *British Journal of Psychiatry*, 116, 69-78.
- Craft, M. (1966) *Psychopathic Disorders and Their Assessment*. Pergamon Press, New York.
- Creese, I., Burt, D.R. and Snyder, S.H. (1978) Biochemical actions of neuroleptic drugs: focus on the dopamine receptor. In S.D. Iversen & S.H. Snyder (eds.) *Handbook of Psychopharmacology*, vol. 10. Plenum, New York.
- Crisswell, J.H. (1967) Considerations on the permanence of rehabilitation. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC.
- Croake, J.W. and Olson, T.D. (1977) Family constellation and personality. *Journal of Individual Psychology*, 33(1), 9-17.
- Cronholm, B. (1951) Phantom limbs in amputees: a study of changes in the integration of centripetal impulses with special reference to referred sensations. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, Supplementum* 72.
- Cronholm, B. and Ottosson, J.-O. (1963) The experience of memory function after electroconvulsive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 109, 251-8.
- Cullen, W. (1769) *System of Nosology*. (Original published in Latin. English translation by Lewis E. Stockbridge, published by C. Sturtevant, 1807.)
- Cullen, W. (1776) *Synopsis nosologiae methodicae*. C. Elliott, Edinburgh.

## References

- Cleckley, H.M., Sydenstricker, V.P. and Geeslin, L.E. (1939) Nicotinic acid in the treatment of atypical psychotic states associated with malnutrition. *Journal of the American Medical Association*, 112(21), 2107-10.
- Clements, S.D. (1966) *Minimal Brain Dysfunction in Children*. PHS Publication #1415. US Department of Health, Education and Welfare, Washington, DC.
- Clements, S.D. and Peters, J.E. (1962) Minimal brain dysfunctions in the school-age child. *Archives of General Psychiatry*, 6, 185-97.
- Clum, G.A. and Clum, M.J. (1970) Sibling position as a factor in psychiatric illness and prognosis in a military population. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 271-4.
- Cobb, S. (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-14.
- Cochrane, R. (1971) High blood pressure as a psychosomatic disorder: a selective review. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 61-72.
- Cofer, C.N. and Appley, M.H. (1964) *Motivation: Theory and Research*. John Wiley, New York.
- Cohen, M.M., Marinello, M. and Back, N. (1967) Chromosomal damage in human leukocytes, induced by lysergic acid diethylamide. *Science*, 155, 1417-19.
- Cohen, S. (1960) Lysergic acid diethylamide: side-effects and complications. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 130, 30-9.
- Cohen, S. (1966) A classification of LSD complications. *Psychosomatics*, 7, 182-6.
- Colby, K.M. (1951) *A Primer for Psychotherapists*. Ronald Press, New York.
- Cole, J.O. and Davis, J.M. (1975) Antianxiety drugs. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.5: *Treatment*. Basic Books, New York.
- Cole, J.O., Klerman, G.L. and Goldberg, S.C. (1964) Phenothiazine treatment of acute schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 10, 246-61.
- Coleman, J.C. (1964) *Abnormal Psychology and Modern Life*. 3rd edn. Scott, Foresman, Glenview.
- Coleman, J.C. (1973) Life stress and maladaptive behavior. *American Journal of Occupational Therapy*, 27(4), 169-80.
- Coleman, J.C., Butcher, J.N. and Carson, R.C. (1980) *Abnormal Psychology and Modern Life*. 6th edn. Scott, Foresman, Glenview.
- Coleman, S.M. (1933) Misidentification and nonrecognition. *Journal of Mental Science*, 79, 42.
- Coles, E.M. (1967) Comment on Wagner's conception of Capgras' syndrome. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 31(3), 71-2.
- Coles, E.M. (1974) The holy trinity of the mental health professions. *Canada's Mental Health*, 22(4), 7-9.
- Coles, E.M. (1975) The meaning and measurement of mental health. *Bulletin of the British Psychological Society*, 28, 111-13.

## References

- Child, I.L. (1950) The relation of somatotype to self-rating on Sheldon's temperamental traits. *Journal of Personality*, 18, 440-53.
- Child, I.L. and Waterhouse, I.K. (1952) Frustration and the quality of performance: I. A critique of the Barker, Dembo and Lewin experiment. *Psychological Bulletin*, 59, 351-62.
- Child, I.L. and Waterhouse, I.K. (1953) Frustration and the quality of performance: II. A theoretical statement. *Psychological Review*, 60, 127-39.
- Chodoff, P. (1966) A critique of Freud's theory of infantile sexuality. *American Journal of Psychiatry*, 123(5), 507-18.
- Chodoff, P. (1973) Changing styles in the neuroses. In J.L. Schimmel, L. Salzman, P. Chodoff, R.R. Grinker Sr. & O.A. Will Jr. Changing styles in psychiatric syndromes: a symposium. *American Journal of Psychiatry*, 130(2), 146-55.
- Chombard de Lauwe, P. and Chombard de Lauwe, M. (1959) *Famille et habitation*. Centre National de la Recherche Scientifique, Paris.
- Chorover, S.L. (1974) Big brother and psychotechnology: II. The pacification of the brain. *Psychology Today*, 7(12), 59-69.
- Christian, J.J. (1959) The roles of endocrine and behavioral factors in the growth of mammalian populations. In A. Gorbman (ed.) *Comparative Endocrinology: Proceedings of the Columbia University Symposium*. John Wiley, New York.
- Christian, J.J., Flyger, V. and Davis, D.E. (1960) Factors in mass mortality in a herd of sika deer, *Cervus nippon*. *Chesapeake Science*, 1, 79-95.
- Chrzanowski, G. (1974) Neurasthenia and hypochondriasis. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Clapp, C.D. (1951) Two levels of unconscious awareness. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan.
- Clark, A.M. (1978) Personal communication.
- Clark, D.H. (1977) The therapeutic community. *British Journal of Psychiatry*, 131, 553-64.
- Clark, W. (1966) Operational definitions of drinking problems and associated prevalence rates. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, 648-68.
- Clark, W.C. (1966) The psyche in psychophysics: a sensory-decision theory analysis of the effect of instructions on flicker sensitivity and response bias. *Psychological Bulletin*, 63, 358-66.
- Clark, W.C., Brown, J.C. and Rutschmann, J. (1967) Flicker sensitivity and response bias in psychiatric patients and normal subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 35-42.
- Clausen, J.A. (1956) *Sociology and the Field of Mental Health*. Russell Sage Foundation, New York.
- Cleckley, H. (1941) *The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify some Issues about the So-called Psychopathic Personality*. C.V. Mosby, St. Louis.
- Cleckley, H.M. (1959) Psychopathic states. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, vol.1. Basic Books, New York.

## References

- haloperidol on formation of 3-methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain. *Acta Pharmacologica et Toxicologica*, 20, 140-4.
- Carpenter, B., Weiner, M. and Carpenter, J.T. (1956) Predictability of perceptual defense behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52, 380-3.
- Carr, A.T. (1970) A psychophysiological study of ritual behaviours and decision processes in compulsive neurosis. Unpublished doctoral dissertation, University of Birmingham, England.
- Carr, A.T. (1971) Compulsive neurosis: two psychophysiological studies. *Bulletin of the British Psychological Society*, 24, 256-7.
- Carr, A.T. (1974) Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81(5), 311-18.
- Carr, E.G. (1977) The motivation of self-injurious behavior: a review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, 84, 800-16.
- Carson, R.C. (1958) The status of diagnostic testing. *American Psychologist*, 13, 79.
- Cartwright, R.D. and Vogel, J.L. (1960) A comparison of changes in psychoneurotic patients during matched periods of therapy and no therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 121-7.
- Cattell, R.B. (1940) The description of personality: I. Foundations of trait measurement. *Psychological Review*, 50, 559-94.
- Cattell, R.B. (1957) *Personality and Motivation Structure and Measurement*. World Book, New York.
- Cattell, R.B. and Scheier, I.H. (1958) The nature of anxiety: a review of thirteen multivariate analyses comprising 814 variables. *Psychological Reports*, 4, 351-88.
- Cattell, R.B. and Scheier, I.H. (1961) *The Meaning and Measurement of Neuroticism and Anxiety*. Ronald Press, New York.
- Centerwall, W.R. and Centerwall, S.A. (1961) Phenylketonuria (Folling's disease): the story of its discovery. *Journal of the History of Medicine*, 16, 292-6.
- Cerbus, G. (1970) Seasonal variation in some mental health statistics: suicides, homicides, psychiatric admissions and institutional placement of the retarded. *Journal of Clinical Psychology*, 26(1), 61-3.
- Cerletti, U. and Bini, L. (1938) L'Elettroshock. *Archivio di Psichologia, Neurologia, Psichiatria e Psicoterapia*, 19, 266-7.
- Chapanis, A. (1967) The relevance of laboratory studies to practical situations. *Ergonomics*, 10(5), 557-77.
- Chapman, L.J., Chapman, J.P. and Raulin, M.L. (1976) Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 85, 374-82.
- Chassan, J.B. (1967) *Research Design in Clinical Psychology and Psychiatry*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Chertok, L. (1967) Theory of hypnosis since 1889. *International Journal of Psychiatry*, 3(3), 188-211.
- Chess, S. (1960) Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379-85.

## References

- Cahoon, D.D. (1968) Symptom substitution and the behavior therapies: a reappraisal. *Psychological Bulletin*, 69, 149-56.
- Calhoun, J.B. (1962) Population density and social pathology. *Scientific American*, 206(2), 139-48.
- Calhoun, J.F. (co-ordinating author) (1977) *Abnormal Psychology: Current Perspectives*. 2nd edn. Random House, New York.
- Calkins, M.W. (1909) *A First Book in Psychology*. Macmillan, New York.
- Calkins, M.W. (1915) The self in scientific psychology. *American Journal of Psychology*, 26, 495-524.
- Calkins, M.W. (1916) The self in recent psychology. *Psychological Bulletin*, 13, 20-7.
- Calkins, M.W. (1919) The self in recent psychology. *Psychological Bulletin*, 16, 111-19.
- Calkins, M.W. (1927) The self in recent psychology. *Psychological Bulletin*, 24, 205-15.
- Callwood, J. (1975) Excerpts from a talk given to school counsellors. CHQM Radio, Vancouver, 8 August.
- Campbell, D.E. and Beets, J. (1978) Lunacy and the moon. *Psychological Bulletin*, 85, 1123-9.
- Cannicott, S.M. (1962) Unilateral electroconvulsive therapy. *Postgraduate Medical Journal*, 38, 451-9.
- Cannicott, S.M. (1963) The technique of unilateral electroconvulsive therapy. *American Journal of Psychiatry*, 120, 477-80.
- Cannicott, S.M. and Waggoner, R.W. (1967) Unilateral and bilateral electroconvulsive therapy: a comparative study. *Archives of General Psychiatry*, 16, 229-32.
- Cannon, W.B. (1927) The James-Lange theory of emotions: a critical examination and an alternative theory. *American Journal of Psychology*, 39, 106-24.
- Cannon, W.B. (1929) *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Cantril, H. (1967) Sentio, ergo sum: 'motivation' reconsidered. *Journal of Psychology*, 65, 91-107.
- Cantril, H. and Livingston, W.K. (1963) The concept of transaction in psychology and neurology. *Journal of Individual Psychology*, 19, 3-16.
- Capgras, J. and Carrette, P. (1924) Illusions des sosies et complexe d'Oedipe. *Annales Médico-Psychologiques*, 82, 48.
- Capgras, J. and Reboul-Lachaux, J. (1923) Illusion des sosies dans un délire systématique chronique. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, 11, 6.
- Caplan, G. (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Caputo, D. and Mandell, W. (1970) Consequences of low birth weight. *Developmental Psychology*, 3, 363-83.
- Carlson, R. (1971) Where is the person in personality research? *Psychological Bulletin*, 75(3), 203-19.
- Carlsson, A. and Lindqvist, M. (1963) Effect of chlorpromazine or

## References

- Broverman, I., Broverman, D., Clarkson, F., Rosenkrantz, P. and Vogel, S. (1970) Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(1), 1-7.
- Brown, M.H. (1972a) Quoted in the *National Enquirer*, 9 July, and cited by E.S. Valenstein, *Brain Control: A Critical Examination of Brain Stimulation and Psychosurgery*. John Wiley, New York, 1973.
- Brown, M.H. (1972b) Further experience with multiple limbic lesions for schizophrenia and sociopathic aggression. Paper presented at the Third World Congress of Psychiatry, Cambridge, England, 14-19 August.
- Brozek, J. (1978) Nutrition, malnutrition, and behavior. *Annual Review of Psychology*, 29, 157-77.
- Bruck, M.A. (1950) Do we need the concept of 'guilt feelings'? *Individual Psychology Bulletin*, 8, 44-8.
- Bruner, J.S., Goodnow, J.J. and Austin, G.A. (1956) *A Study of Thinking*. John Wiley, New York.
- Bruner, J.S. and Postman, L. (1947a) Tension and tension release as organizing factors in perception. *Journal of Personality*, 15, 300-8.
- Bruner, J.S. and Postman, L. (1947b) Emotional selectivity in perception and reaction. *Journal of Personality*, 16, 69-77.
- Buckley, P., Karasu, T.B. and Charles, E. (1979) Common mistakes in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 136(12), 1578-80.
- Bugelski, B.R. (1973) *An Introduction to the Principles of Psychology*. 2nd edn. Bobbs-Merrill, New York.
- Buhler, R.A. (1954) Flicker fusion threshold and anxiety level. Unpublished Ph.D. dissertation, Columbia University.
- Burckhardt, G. (1890) Über Rindenexsisionen als Beitrag zur Operationstherapie der Psychosen. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 74, 463.
- Burdock, E.I. and Hardesty, A.S. (1968) *Structured Clinical Interview*. Springer, New York.
- Burgess, R.L. and Akers, R.L. (1966) Are operant principles tautological? *Psychological Record*, 16, 305-12.
- Burt, C. (1941) Is the doctrine of instincts dead? A symposium: I. The case for human instincts. *British Journal of Educational Psychology*, 11, 155-72.
- Buss, A. (1966) *Psychopathology*. John Wiley, New York.
- Butcher, J.N. and Owen, P.L. (1978) Objective personality inventories: recent research and some contemporary issues. In B.B. Wolman (ed.) *Clinical Diagnosis of Mental Disorders: A Handbook*. Plenum Press, New York.
- Butler, J.M. and Haigh, G.V. (1954) Changes in the relation between self-concepts and ideal concepts consequent upon client-centered therapy. In C.R. Rogers and R.F. Dymond (eds.) *Psychotherapy and Personality Change*. University of Chicago Press, Chicago.
- Cade, J.F.J. (1949) Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Medical Journal of Australia*, 2, 349-52.



## References

- of severely crippling mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 115, 343-5.
- Brady, J.V. (1958) Ulcers in 'executive' monkeys. *Scientific American*, 199(October), 85-100.
- Braginsky, B.M., Braginsky, O.D. and Ring, K. (1969) *Methods of Madness: The Mental Hospital as a Last Resort*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Brannon, E.P. and Graham, W.L. (1955) Intensive insulin shock therapy: a five year survey. *American Journal of Psychiatry*, 11, 659-63.
- Brawley, P. and Pos, R. (1967) The informational underload (sensory deprivation) model in contemporary psychiatry. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 12, 105-24.
- Breger, L. and McGaugh, J.L. (1965) Critique and reformulation of 'learning theory' approaches to psychotherapy and neurosis. *Psychological Bulletin*, 63, 338-58.
- Brenman, M. (1952) On teasing and being teased and the problem of 'moral masochism'. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 264-85.
- Breuer, J. and Freud, S. (1893) Über den Psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene (Vorläufige Mitteilung). *Neurologisches Centralblatt*, 12(1), 4-10; 12(2), 43-7.
- Breuer, J. and Freud, S. (1895) *Studien Über Hysterie*. Deuticke, Leipzig and Vienna. (Also published as 'Studies on hysteria'. In J. Strachey (translator and general editor) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, vol.II. The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, London, 1955.)
- Brewer, W.F. (1974) There is no convincing evidence for operant or classical conditioning in adult humans. In W.B. Weiner & D.S. Palermo (eds.) *Cognition and the Symbolic Processes*. Halsted Press, New York.
- Bridges, P.K. and Bartlett, J.R. (1977) Psychosurgery: yesterday and today. *British Journal of Psychiatry*, 131, 249-60.
- Brill, H. (1974) Classification and nomenclature of psychiatric conditions. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Brill, N.Q., Crumpton, E., Eiduson, S., Grayson, H.M. Hellman, L.I. and Richards, P.A. (1939) Relative effectiveness of various components of electroconvulsive therapy. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 81, 627-35.
- Bronner, A.F. (1914) *Comparative Study of the Intelligence of Delinquent Girls*. Teachers College Contributions to Education, No.65. Teachers College, New York.
- Brooks, R. and Kleinmuntz, B. (1974) Design of an intelligent computer psychodiagnostician. *Behavioral Science*, 19, 16-22.
- Brothwood, J. (1973) The development of national policy. In R. Cawley & G. McLachlan (eds.) *Policy for Action*. Oxford University Press, London.
- Brouwer, D. (1957) Somatotypes and psychosomatic diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 2, 23-34.

## References

- Bobath, B. (1967) Very early treatment of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 9, 372-90.
- Bockner, S. (1959) Gilles de la Tourette's disease. *Journal of Mental Science*, 105, 1078-81.
- Bohn, M.J. Jr. (1965) Counselor behavior as a function of counselor dominance, counselor experience, and client types. *Journal of Counseling Psychology*, 12, 346-32.
- Bolton, J.S. (1914) *The Brain in Health and Disease*. Edward Arnold, London.
- Bond, I.K. and Evans, D.R. (1967) Avoidance therapy: its use in two cases of underwear fetishism. *Canadian Medical Association Journal*, 96, 1160-2.
- Bookbinder, L.J. (1962) Simple conditioning vs. the dynamic approach to symptoms and symptom substitution: A reply to Yates. *Psychological Reports*, 10, 71-7.
- Bootzin, R.R. (co-ordinating author) (1980) *Abnormal Psychology: Current Perspectives*. 3rd edn. Random House, New York.
- Borgatta, E.F. (1954) Sidesteps toward a nonspecial theory. *Psychological Review*, 61(5), 343-32.
- Borgatta, E.F. (1960) The new principle of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 16, 330-4.
- Boring, E.G. (1942) *Sensation in the History of Experimental Psychology*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Bornstein, B. (1951) *On Latency*. Psychoanalytic Study of the Child, vol.6. International Universities Press, New York.
- Bowlby, J. (1944) *Forty-four Juvenile Thieves: Their Characters and Home Life*. Bailliere, Tindall & Cox, London.
- Bowlby, J. (1951) *Maternal Care and Mental Health*. World Health Organization, Geneva.
- Bowlby, J. (1953) *Child Care and the Growth of Love*. Penguin, Harmondsworth, Middlesex.
- Bowlby, J. (1967) Effects on behaviour of disruption of an affectional bond. Paper read at a Symposium organized by the Eugenics Society on Genetic and Environmental Influences on Behaviour.
- Bowlby, J. (1968) Effects on behaviour of disruption of an affectional bond. In A.S. Parkes (ed.) *Genetic and Environmental Influences on Behaviour*. Oliver & Boyd, Edinburgh.
- Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss*. Vol.I: *Attachment*. The Hogarth Press, London.
- Bowlby, J. (1973) *Attachment and Loss*. Vol.II: *Separation Anxiety and Anger*. The Hogarth Press, London.
- Bowlby, J. (1975) Attachment theory, separation anxiety and mourning. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.6: *New Psychiatric Frontiers*. Basic Books, New York.
- Bowlby, J. (1977) The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-10, 421-31.
- Bradley, M. and Lucero, R. (1958) Seasonal variations in the incidence

## References

- Berkowitz, L. (1962) *Aggression: A Social Psychological Analysis*. McGraw-Hill, New York.
- Berliner, B. (1947) On some psychodynamics of masochism. *Psychoanalytic Quarterly*, 16, 459-71.
- Berlyne, D.E. (1951) Attention, perception and behavior theory. *Psychological Review*, 58, 137-46.
- Berlyne, D.E. (1960) *Conflict, Arousal and Curiosity*. McGraw-Hill, New York.
- Berrington, W.P., Liddell, D.W. and Foulds, G.A. (1956) A re-evaluation of the fugue. *Journal of Mental Science*, 102(427), 280-6.
- Bettelheim, B. (1943) Individual and mass behaviour in extreme situations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38, 417-52.
- Bexton, W.H., Heron, W. and Scott, T.H. (1954) Effects of decreased variation in the sensory environment. *Canadian Journal of Psychology*, 8(2), 70-6.
- Bieber, I. (1959) Sadism and masochism. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, vol.3. Basic Books, New York.
- Bindra, D. (1959) *Motivation: A Systematic Reinterpretation*. The Ronald Press Company, New York.
- Bini, L. (1938) Experimental researches on epileptic attacks induced by the electric current. *American Journal of Psychiatry*, 94, 172.
- Bion, W.R. (1961) *Experiences in Groups*. Tavistock, London.
- Bird, E.D., Spokes, E.G., Barnes, J., MacKay, A.V.P., Iverson, L.L. and Shepherd, M. (1977) Increased brain dopamine and reduced glutamic acid decarboxylase and choline acetyl transferase activity in schizophrenic and related psychoses. *Lancet*, 2, 1157-9.
- Birchnell, J. (1971) Birth rank and mental illness. *Nature*, 234, 485-7.
- Black, N. (1936) The value and application of hydrotherapy in a mental hospital. *Psychiatric Quarterly*, 10, 34-44.
- Blanchard, E.B. and Herson, M. (1976) Behavioral treatment of hysterical neurosis: symptoms substitution and symptom return reconsidered. *Psychiatry*, 39, 118-29.
- Bleuler, E. (1911) *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. F. Deuticke, Leipzig and Vienna. (Also published as 'Dementia praecox or the group of schizophrenias'. (J. Zinken, translator). International Universities Press, New York, 1950.)
- Bloom, B.L. (1973) *Community Mental Health: A Historical and Critical Analysis*. General Learning Press, Morristown.
- Bloom, L.J. and Snyder, C.R. (1976) The phantom limb phenomenon. *Rehabilitation Psychology*, 23(3), 91-6.
- Blum, G.S. (1954) An experimental reunion of psychoanalytic theory with perceptual vigilance and defense. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 94-8.
- Blum, G.S. (1955) Perceptual defense revisited. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 24-9.
- Blum, J.D. (1978) On changes in psychiatric diagnosis over time. *American Psychologist*, 33(11), 1017-31.
- Boas, F. (1919) *Mind of Primitive Man*. Macmillan, New York.

- Handbook of Psychiatry*, 2nd edn. Vol.1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Bemporad, J.R. and Pinsker, H. (1974) Schizophrenia: the manifest symptomatology. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Bender, L. (1938) *A Visual Motor Gestalt Test and its Clinical Use*. American Orthopsychiatric Association Research Monographs, No.3.
- Bender, L. (1946) *Instructions for the Use of the Visual Motor Gestalt Test*. American Orthopsychiatric Association, New York.
- Benedict, R. (1934a) Anthropology and the abnormal. *Journal of General Psychology*, 10, 59-80.
- Benedict, R. (1934b) *Patterns of Culture*. Houghton, Mifflin, Boston.
- Benne, K.D. (1964) History of the T-group in the laboratory setting. In L.P. Bradford, J.R. Gibb & K.D. Benne (eds.) *T-Group Theory and Laboratory Method: Innovation in Re-Education*. John Wiley, New York.
- Bennett, D. (1978) Community psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 132, 209-20.
- Benoit, R.B. and Mayer, R.G. (1975) Timeout: guidelines for its selection and use. *Personnel and Guidance Journal*, 53(7), 501-5.
- Benson, F.D. and Geschwind, N. (1975) Psychiatric conditions associated with focal lesions of the central nervous system. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol.4: *Organic Disorders and Psychosomatic Medicine*. Basic Books, New York.
- Benton, A.L. (1963) *The revised Visual Retention Test: clinical and experimental applications*. Psychological Corporation, New York.
- Benton, A.L. (1967) Constructional apraxia and the minor hemisphere. *Cortex Neurologica*, 29, 1-16.
- Benton, A.L. (1969) Disorders of spatial orientation. In P.J. Vinken & G.W. Bruyn (eds.) *Handbook of Clinical Neurology*. Vol.3: *Disorders of Higher Nervous Activity*. North-Holland Publishing, Amsterdam.
- Benton, A.L. (1973a) The measurement of aphasic disorders. In A.Caceres Valesquez (ed.) *Aspectos Patologicos del Lenguaje*. Centro Neuropsicologico, Lima.
- Benton, A.L. (1973b) Minimal brain dysfunction from a neuropsychological standpoint. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 205, 29.
- Berger, F.M. (1976) Commentary: present status of clinical psychopharmacology. *Pharmacology and Therapeutics* 19(6), 725-31.
- Bergin, A.E. (1966) Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *International Journal of Psychiatry*, 3, 136-50.
- Bergin, A.E. (1967) An empirical analysis of therapeutic issues. In D.S. Arbuckel (ed.) *Counseling and Psychotherapy: An Overview*. McGraw-Hill, New York.
- Bergin, A.E. and Garfield, S.L. (eds.) (1971) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. John Wiley, New York.
- Berkman, P.L. (1971) Life stress and psychological well-being: a replication of Langner's analysis in the midtown Manhattan study. *Journal of Health and Social Behavior*, 12(1), 35-45.

## 396 References

- Barry, H. and Barry, H. (1967) Birth order, family size and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 17, 435-40.
- Bardett, F. (1958) *Thinking: An Experimental and Social Study*. Basic Books, New York.
- Barton, R. (1959) *Institutional Neurosis*. John Wright, Bristol.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. and Weakland, J. (1956) Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-64.
- Batt, J.C. (1943) 100 depressive psychoses treated with EICs. *Journal of Mental Science*, 89, 289-96.
- Baum, M. (1970) Extinction of avoidance responding through response prevention (flooding). *Psychological Bulletin*, 74, 274-84.
- Bavelas, J.B. (1978) *Personality: Current Theory and Research*. Brooks/Cole, Monterey, California.
- Bax, M. and MacKeith, R. (eds.) (1963) *Minimal Cerebral Dysfunction*. William Heinemann Medical Books, London.
- Beck, A.T. (1962) Reliability of psychiatric diagnosis: I. A critique of systematic studies. *American Journal of Psychiatry*, 119, 210-16.
- Beck, A.T. (1970) Cognitive therapy: nature and relation to behaviour therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Beck, A.T. (1976) *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. International Universities Press, New York.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E. and Erbaugh, J.K. (1962) Reliability of psychiatric diagnosis: 2. A study of consistency in clinical judgments and ratings. *American Journal of Psychiatry*, 119, 351-7.
- Becker, J. (1974) *Depression: Theory and Research*. John Wiley, New York.
- Bedford, E. (1957) Emotions. *Aristotelian Society Proceedings*, 57, 281-304.
- Bednar, R.L., Weet, C., Evensen, P., Lanier, D. and Melnick, J. (1974) Empirical guidelines for group therapy: pretraining, cohesion, and modelling. *Journal of Applied Behavioural Science*, 10, 149-65.
- Bee, H. (1978) *The Developing Child*. 2nd edn. Harper & Row, New York.
- Beebe-Center, J.G. (1932) *The Psychology of Pleasantness and Unpleasantness*. Van Nostrand, Princeton, N.J.
- Beilin, H. (1957) The prediction of adjustment over a four year interval. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 270-4.
- Bellak, L. (1958) *Schizophrenia: a Review of the Syndrome*. Logos Press, New York.
- Bellak, L. (ed.) (1974) *A Concise Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health*. Grune & Stratton, New York.
- Belmont, L. (1977) Birth order, intellectual competence and psychiatric status. *Journal of Individual Psychology*, 33(1), 97-104.
- Belmont, L., Stein, Z.A. and Wittes, J. (1976) Birth order, family size and school failure. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 18, 421-30.
- Bem, S.L. (1975) Beyond androgyny: some presumptuous prescriptions for a liberated sexual identity. Keynote Address for APA-NIMH Conference on Research Needs of Women, Madison, Wisconsin, 31 May.
- Bemporad, J.R. (1974) Cognitive development. In S.Arieti (ed.) *American*

## References

- Bandura, A. (1969) *Principles of Behavior Modification*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Bandura, A. (1971) Psychotherapy based upon modeling principles. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. John Wiley, New York.
- Bandura, A. (1974) Behavior theory and the models of man. *American Psychologist*, 29, 859-69.
- Bandura, A. (1975) The ethics and social purposes of behavior modification. In C.M. Franks & G.T. Wilson (eds.) *Annual Review of Behavior Therapy Theory and Practice*: 1975. Brunner/Mazel, New York.
- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A., Blanchard, E.B. and Ritter, R. (1969) The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-99.
- Bandura, A., Ross, D. and Ross, S.A. (1961) Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-82.
- Bandura, A., Ross, D. and Ross, S.A. (1963) Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 3-11.
- Bandura, A. and Walters, R. (1963) *Social Learning and Personality Development*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Bannister, D. (1968) The logical requirements of research into schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 114, 181-8.
- Barber, T.X. (1969) An empirically-based formulation of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 12(2), 100-30.
- Barbizet, J. (1963) Defect in memorizing of hippocampal-mammillary origin: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 26, 127-35.
- Bard, P. (1934) Emotion: I. The neuro-humoral basis of emotional reactions. In C. Murchison (ed.) *Handbook of General Experimental Psychology*. Clark University Press, Worcester, Mass.
- Barker, J.C. and Baker, A.A. (1959) Deaths associated with electroplexy. *Journal of Mental Science*, 105, 339-48.
- Barker, R.G., Dembo, T. and Lewin, K. (1941) Frustration and regression: an experiment with young children. University of Iowa Studies in Child Welfare, 18, No.1, 1-314.
- Barnhart, C.L. and Barnhart, R.K. (eds.) (1978) *The World Book Dictionary*. Doubleday, New York.
- Barrett, C.L., et al. (contributing consultants) (1972) *Abnormal Psychology: Current Perspectives*. CRM Books, Del Mar, California.
- Barry, H., Bacon, M. and Child, E. (1957) A cross-cultural survey of some sex differences in socialization. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 55, 327-32.
- Barry, H. and Barry, H.Jr. (1961) Season of birth. *Archives of General Psychiatry*, 5, 292-300.

## References

- (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, 2nd edn. Vol.3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Ash, P. (1949) The reliability of psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44, 272-6.
- Ashworth, P. (1976) Some notes on phenomenological approaches in psychology. *Bulletin of the British Psychological Society*, 29, 363-8.
- Atkinson, J.W. (1953) The achievement motive and recall of interrupted and completed tasks. *Journal of Experimental Psychology*, 46, 381-90.
- Ausubel, D.P. (1958) *Drug Addiction: Physiological, Psychological, and Sociological Aspects*. Random House, New York.
- Ausubel, D.P. (1961) Personality disorder is disease. *American Psychologist*, 16, 69-74.
- Averill, J.R. (1968) 'Emotion' and 'disease': an analogy. Paper presented at Annual Convention of the Western Psychological Association, Vancouver.
- Ax, A.F. (1953) The physiological differentiation between fear and anger in humans. *Psychosomatic Medicine*, 15, 433-42.
- Ayllon, T. (1963) Intensive treatment of psychotic behavior by stimulus satiation and food reinforcement. *Behavior Research and Therapy*, 1, 53-62.
- Ayllon, T. and Azrin, N.H. (1968) *The Token Economy: A Motivational System for Therapy and Rehabilitation*. Appleton-Century-Crofts, New York.
- Bach, G.R. (1966) The marathon group: intensive practice of intimate interactions. *Psychological Reports*, 181, 995-1002.
- Bak, R.C. (1946) Masochism in paranoia. *Psychoanalytic Quarterly*, 15, 285-301.
- Bakan, D. (1949) The relationship between alcoholism and birth rank. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 10, 434-40.
- Bakan, D. (1963) The mystery-mastery complex in contemporary psychology. *American Psychologist*, 20, 186-91.
- Bakan, D. (1968) *Disease, Pain and Sacrifice: Toward a Psychology of Suffering*. University of Chicago Press, Chicago.
- Balson, P.M. (1973) Encopresis: a case with symptom substitution. *Behavior Therapy*, 4, 134-6.
- Bandura, A. (1961) Psychotherapy as a learning process. *Psychological Bulletin*, 58, 143-59.
- Bandura, A. (1962) Social learning through imitation. In M.R. Jones (ed.) *Nebraska Symposium on Motivation*, 1962. University of Nebraska Press, Lincoln.
- Bandura, A. (1965) Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 389-95.
- Bandura, A. (1968) A social learning interpretation of psychological dysfunctions. In P.London & D.Rosenhan (eds.) *Foundations of Abnormal Psychology*. Holt, Rinehart & Winston, New York.

## References

- Andersen, R. (1972) Differences in the course of learning as measured by various memory tasks after amygdalectomy in man. In E. Hitchcock, L. Laitinen & K. Vaernet (eds) *Psychosurgery*. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.
- Anderson, H.H. and Anderson, G.L. (1951) *An Introduction to Projective Techniques and Other Devices for Understanding the Dynamics of Human Behavior*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- Anderson, T.W. (1977) New horizons for vitamin C. *Nutrition Today*, 12(1), 6-13.
- Angst, J. (1969) *Die somatische Therapie der Schizophrenie*. Georg Thieme, Stuttgart.
- Appelbaum, A. (1972) A critical re-examination of the concept of 'motivation for change' in psychoanalytic treatment. *International Journal of Psycho-analysis*, 53(1), 31-9.
- Apte, R. (1967) The local authority hostel as a transitional institution. In H. Freeman & J. Farndale (eds.) *New Aspects of the Mental Health Services*. Pergamon Press, London.
- Arieti, S. (ed.) (1959a) *American Handbook of Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Arieti, S. (1959b) Schizophrenia: the manifest symptomatology, psychodynamic and formal mechanisms. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. Vol. 1. Basic Books, New York.
- Arieti, S. (ed.) (1974-5) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Basic Books, New York.
- Arieti, S. (1974a) American neo-Freudian schools: c. The cognitive-volitional school. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol. 1: *The Foundations of Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Arieti, S. (1974b) Affective disorders: manic depressive psychosis and psychotic depression: manifest symptomatology, psychodynamics, social factors, and psychotherapy. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. 2nd edn. Vol. 3: *Adult Clinical Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Arieti, S. (1977) Parents of the schizophrenic patient: a reconsideration. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 5(3), 347-58.
- Arieti, S. and Meth, J.M. (1959) Rare, unclassifiable, collective, and exotic psychotic syndromes. In S. Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*. Vol. 1. Basic Books, New York.
- Arnold, M.B. (1945) Physiological differentiation of emotional states. *Psychological Review*, 52, 35-48.
- Arnold, M.B. (1961) *Emotion and Personality*. Cassell, London.
- Asch, S.E. and Witkin, H.A. (1948a) Studies in space orientation: I. Perception of the upright with displaced visual fields. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 325-37.
- Asch, S.E. and Witkin, H.A. (1948b) Studies in space orientation: II. Perception of the upright with displaced visual fields and with body tilted. *Journal of Experimental Psychology*, 38, 455-77.
- Ascher, E. (1974) Motor syndromes of functional or undetermined origin: tics, cramps, Gilles de la Tourette's disease, and others. In S. Arieti



## References

- Affleck, D.C., Strider, F.D. and Helper, M.M. (1968) A clinical psychologist-assistant approach to psychodiagnostic testing. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 32(4), 317-22.
- Akhtar, W., Wig, N.N., Varma, V.K., Pershad, D. and Verma, S.K. (1975) A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychology*, 127, 342-8.
- Akutagawa, D. (1968) Basic concepts of anxiety: a synthesis. *Psychology*, 5(1), 29-49.
- Albert, R.S., Brigante, T.R. and Chase, M. (1959) The psychopathic personality: a content analysis of the concept. *Journal of General Psychology*, 60, 17-28.
- Alberti, R.E. and Emmons, M.L. (1974) *Your Perfect Right: A Guide to Assertive Behavior*. Impact, San Luis Obispo, California.
- Alexander, F. (1946) Individual psychotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 8, 110-15.
- Alexander, F. (1950) *Psychosomatic Medicine*. Norton, New York.
- Alexander, F. and Szasz, T.S. (1952) The psychosomatic approach in medicine. In F. Alexander & H. Ross (eds.) *Dynamic Psychiatry*. University of Chicago Press, Chicago.
- Allport, G.W. (1937) *Personality: A Psychological Interpretation*. Holt, New York.
- Allport, G.W. (1961) *Pattern and Growth in Personality*. Holt, Rinehart & Winston, New York.
- Allport, G.W., Bruner, J.S. and Jandorf, E.M. (1941) Personality under social catastrophe: ninety life histories of the Nazi revolution. *Character and Personality*, 10, 1-22.
- Altrocchi, J. (1980) *Abnormal Behavior*. Harcourt Brace Jovanovich, New York.
- Altus, W.D. (1966) Birth order and its sequelae. *Science*, 151, 44-9.
- Ambrosino, S.V. (1976) Depersonalization: a review and rethinking of a nuclear problem. *American Journal of Psychoanalysis*, 36, 105-18.
- American Psychiatric Association (1952) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1st edn. (DSM-I). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd edn. (DSM-II). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1973) *Megavitamins and Orthomolecular Therapy in Psychiatry: A Report of the APA Task Force on Vitamin Therapy in Psychiatry*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1974) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd edn. (DSM-II). 7th printing. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1980) *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)*. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Anastasi, A. and Foley, J.P. (1949) *Differential Psychology: Individual and Group Differences in Behaviour*. Macmillan, New York.

## References

- Abraham, J.J. (1912) Latah and amok. *British Medical Journal*, 438-9.
- Abraham, K. (1921) The influence of oral erotism on character formation. (Reprinted in *Selected Papers on Psychoanalysis*. The Hogarth Press, 1948.)
- Abramson, L.Y. and Seligman, M.E.P. (1977) Modeling psychopathology in the laboratory: history and rationale. In J.D. Maser & M.E.P. Seligman (eds.) *Psychopathology: Experimental Models*. W.H. Freeman, San Francisco.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. and Teasdale, J.D. (1978) Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Abse, D.W. (1974) Hysterical conversion and dissociative syndromes and the hysterical character. In S.Arieti (ed.) *American Handbook of Psychiatry*, 2nd edn. Vol.3: *Adult clinical psychiatry*. Basic Books, Inc., New York.
- Ackerman, N.W. (1966) *Treating the Troubled Family*. Basic Books, New York.
- Ackner, B. and Oldham, A.J. (1962) Insulin treatment of schizophrenia. *Lancet*, 1, 504-6.
- Adams, A.R.D. (1930-2) Amok. *British Encyclopedia of Medical Practice*. Vol.8. Butterworth, London.
- Adams, B.N. (1972) Birth order: a critical review. *Sociometry*, 35, 411-39.
- Adams, J.A. and Boulter, L.R. (1962) An evaluation of the activational hypothesis of human vigilance. *Journal of Experimental Psychology*, 64(5), 495-504.
- Adler, A. (1907) *The Study of Organ Inferiority and its Physical Compensations*. Nervous and Mental Diseases Publishing Company, New York.
- Adler, A. (1926) *The Neurotic Constitution*. Dodd, Mead, New York.
- Adler, A. (1931) *What Life Should Mean to You*. Little, Brown, Boston.
- Adler, A. (1964) *Social Interest: A Challenge to Mankind*. Putnam (Capricorn Books), New York.
- Adler, G. (1967) Methods of treatment in analytical psychology. In B.B. Wolman (ed.) *Psychoanalytic Techniques*, Basic Books, New York.











المدخل إلى  
علم النفس المرضي الإكلينيكي



Biблиотеca Alexandrina



1019254

